B 16 hall Red Cl-l

Edmund James
from Dr L. Lannier
Nov. 10th 1881

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER ET FOVILLE

Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

SIXIÈME SÉRIE. — TOME CINQUIÈME

TRENTE-NEUVIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1881

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Sous ce titre, les *Annales médico-psychologiques* publieront, à l'avenir, une revue rapide des faits les plus récents, relatifs à l'étude clinique et théorique des maladies mentales, à leur traitement, à l'ensemble des fonctions et des affections du système nerveux.

Cette revue ne sera, naturellement, qu'un abrégé succinct; elle ne pourra, en aucune façon, tenir lieu des mémoires originaux qui continueront à être publiés sur des points spéciaux de ces différents sujets.

Loin de remplacer ces mémoires, nous espérons que la chronique en augmentera le nombre et l'intérêt, en attirant, aussi promptement que possible, l'attention de nos lecteurs sur les questions qui se trouveront, d'une manière ou d'une autre, mises à l'ordre du jour de la spécialité.

Pour multiplier les sources de renseignements et les modes d'informations, nous mettrons tous nos soins à éten-

dre encore nos comptes rendus des journaux français et étrangers, et des livres nouveaux.

Enfin, nous résumerons, à part, le plus grand nombre possible de faits relatifs à la médecine légale des aliénés.

Le domaine de la pathologie nerveuse est un de ceux qui sont cultivés avec le plus d'ardeur, dans cet élan de féconde émulation pour la recherche de la vérité, qui caractérise, d'une manière si intéressante, le mouvement scientifique contemporain.

De nouveaux recueils relatifs à cette branche importante des études médicales se sont multipliés, dans ces dernières années, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Amérique.

Les *Archives de neurologie*, qui paraissent depuis quelques mois, à Paris, sous la direction du professeur Charcot, consacrent, en France, un nouvel organe à l'étude des maladies nerveuses et mentales.

Les *Annales médico-psychologiques*, dont l'existence remonte maintenant à près de quarante ans, ne peuvent que se féliciter de voir l'importance et l'autorité acquises par le genre de publications dont elles ont pris l'initiative ; elles s'appliqueront à recueillir, dans tous les organes de la presse française et étrangère, les éléments de leur chronique.

Nous comptons que celle-ci sera utile à tous ceux qui nous font l'honneur de nous lire ; mais nous espérons qu'elle sera particulièrement avantageuse pour les médecins des asiles d'aliénés qui sont éloignés des grands centres scientifiques.

Dans ces conditions d'isolement, rien n'est moins facile, on le sait, que de se tenir au courant de la science et de ses découvertes journalières, car celles-ci, éparpillées dans des recueils nombreux, n'arrivent à être connues que d'une manière tardive et incomplète.

On est donc exposé à laisser passer inaperçus et inutilisés bien des faits curieux, bien des observations intéressantes, dont on aurait pu tirer un parti avantageux pour les progrès des connaissances médicales, si l'attention avait été appelée à temps sur leur signification et sur leur importance.

Ce qui manque dans les asiles d'aliénés dispersés en province, ce ne sont ni les éléments de recherches, ni le désir de travailler. C'est plutôt la direction à donner au travail, et l'indication, aussi prompte que possible, des sujets d'études qui présentent le plus d'actualité.

N'arriverait-il pas souvent qu'un problème de clinique, d'anatomie pathologique, serait promptement résolu si, dans tous les asiles à la fois, l'attention se trouvait fixée sur les observations d'une catégorie déterminée, sur les autopsies d'une certaine classe de malades, et si tous les faits observés étaient réunis pour être livrés à la publicité, au moins en résumé?

C'est ce genre de concert que nous serions heureux de provoquer, parce que nous sommes persuadés qu'il pourrait produire, en fort peu de temps, des résultats extrêmement précieux ; c'est pour en faire profiter l'intérêt général que nous faisons appel à l'expérience, au bon vouloir et à la collaboration de tous.

Nous avons précisément dès aujourd'hui une excellente occasion de montrer à quoi il serait facile d'arriver par une pareille association de recherches et d'efforts.

Dans une série de leçons sur *les hallucinations* et *les illusions*, faites à la Salpêtrière, et actuellement en cours de publication dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 2 décembre 1880 et suivants), M. le Dr Luys a signalé certaines altérations cérébrales localisées qui, d'après lui, existeraient d'une manière constante chez les hallucinés.

Le fait, on le voit, constituerait une découverte impor-

tante en pathologie mentale, et il est inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attacherait à sa confirmation.

Les lésions signalées par M. Luys, comme caractéristiques de l'existence des hallucinations pendant la vie, sont de deux ordres ; elles intéressent, les unes la couche corticale des hémisphères cérébraux, les autres la couche optique.

La lésion corticale consisterait dans l'hypertrophie, la saillie anormale du lobe paracentral et des deux circonvolutions marginales de la scissure de Rolando qui y aboutissent.

« A l'état normal, dit textuellement M. Luys, lorsqu'on » examine chaque hémisphère cérébral par sa face interne, » on voit que la ligne courbe supérieure de l'hémisphère » est régulièrement curviligne, et qu'il n'y a pas de saillie » nettement appréciable qui vienne la déformer. Chez les » hallucinés et les hypochondriaques chroniques, c'est un » tout autre aspect : cette région isolée de l'écorce est de- » venue *gibbeuse*. Elle se détache d'une façon nette, et par » cette saillie hypertrophique, implique l'éréthisme préa- » lable dont elle en a été le siège. On constate, par l'inci- » sion de cette région, que la matière cérébrale y est plus » abondante, que les plis y sont plus développés, et qu'il » y a, par cela même, une vitalité plus énergique.

» Ce fait d'hypertrophie localisée n'est pas un phéno- » mène unique ; l'examen de la face convexe du lobe cor- » respondant montre que les deux circonvolutions margi- » nales, qui sont les deux affluents du lobe paracentral, » sont elles-mêmes turgides, gonflées — plus ou moins si- » nueuses.

» La saillie anormale du lobe paracentral, qui est quel- » quefois si caractéristique, présente encore cette particu- » larité qu'elle n'existe le plus souvent que sur un seul » lobe cérébral, et, à mon avis, c'est un des arguments les » plus péremptoires qui puissent plaider en faveur de l'in- » dépendance fonctionnelle des lobes cérébraux. »

Quant aux lésions des couches optiques, elles consisteraient en dégénérescences diverses qui annoncent que ce tissu a été ravagé, à différentes reprises, par des perturbations variées des voies circulatoires : noyaux hémorrhagiques, ramollissements partiels, néoplasies scléreuses, atrophie et raréfaction des cellules nerveuses.

D'autre part, au mois de juin dernier, devant l'Association Neurologique Américaine, à New-York, le Dr Hammond, en s'efforçant d'établir l'existence d'une forme spéciale d'épilepsie, qu'il qualifie de thalamique, consistant uniquement en une courte crise hallucinatoire, sans aucun phénomène convulsif, a déclaré « qu'il n'y avait pas, dans la » science, un seul cas où l'on ait reconnu, après la mort, » l'existence d'une lésion de la couche optique, sans qu'il » y ait eu, pendant la vie, des hallucinations de la vue. » (*Journal of mental Science*. Janvier 1881, p. 625.)

Cette assertion a rencontré, à New-York même, des contradicteurs immédiats ; mais elle n'en doit pas moins être soumise à un rigoureux contrôle.

Voici, ainsi que nous le disions plus haut, une question très intéressante et bien limitée, qui pourrait être promptement et définitivement jugée par des observations faciles à recueillir dans tous les asiles, même les plus isolés.

Nous engageons donc nos confrères, chaque fois qu'ils feront une autopsie, quelle qu'ait été la forme de l'aliénation mentale du malade, mais, surtout, s'il s'agit d'un halluciné chronique, à constater avec soin : 1° si les deux circonvolutions marginales ou ascendantes et le lobe paracentral des deux hémisphères cérébraux, ou de l'un d'eux seulement, sont à l'état de gibbosité hypertrophique, ou si, au contraire, ces régions ne font aucune saillie sur le niveau des parties voisines; 2° si les couches optiques portent, ou non, des traces d'hémorrhagie cérébrale, de ramollissement ou de sclérose.

Ces constatations seront toujours faciles à faire, puisqu'il

s'agit de conditions anatomiques nettement déterminées et visibles à l'œil nu. Elles devraient être accompagnées de quelques renseignements brefs, mais précis, sur l'existence ou la non-existence, pendant la vie, des hallucinations et notamment de celles de la vue.

Les faits les plus importants qui nous seraient adressés seraient publiés, *in extenso*, dans nos Archives cliniques ; les autres feraient l'objet d'un résumé méthodique, où les noms des auteurs seraient soigneusement cités et dont les conclusions s'imposeraient, pour ainsi dire, d'elles-mêmes.

En employant ce mode collectif de recherches, il faudrait assurément peu de temps pour que la science fût définitivement fixée sur une théorie très intéressante, mais qui, au premier abord, peut paraître un peu affirmative. MM. Luys et Hammond seraient les premiers, nous n'en doutons pas, à se féliciter de voir leurs assertions soumises à un mode de vérification aussi étendu qu'impartial.

Le Dr Hammond, de New-York, ne se borne pas à être hardi dans ses affirmations relatives à la physiologie pathologique; il ne l'est pas moins en ce qui concerne la *thérapeutique des maladies mentales*. Il a communiqué à l'Association Neurologique Américaine, il y a un an environ, cinq cas de sa pratique personnelle, dans lesquels il avait reconnu ou soupçonné l'existence d'abcès du foie chez des malades présentant un degré plus ou moins marqué de mélancolie hypochondriaque. Dans les cinq cas, une ponction capillaire avec aspiration fut pratiquée et démontra l'existence de pus en quantité plus ou moins abondante. Les résultats furent sans aucune gravité au point de vue de l'opération locale et parurent exercer une influence favorable sur l'état intellectuel des malades. Aussi le Dr Hammond, entre autres conclusions de son travail, formule-t-il la suivante : « Dans tous les cas de mélancolie et d'hypo-

» chondrie, la région du foie devra être explorée avec soin;
» même si la fluctuation ne peut être perçue, ou si aucun autre signe d'abcès ne peut être découvert, l'aspiration étant une opération sans danger, elle devra être pratiquée. » C'est à l'occasion des communications récemment faites à l'Académie de médecine de Paris, sur le traitement des abcès du foie, que ces faits ont été rapportés dans la *Gazette hebdomadaire* (26 novembre 1880) par le Dr Hénocque qui ajoute que, pour son compte, il n'est nullement disposé à suivre l'exemple du Dr Hammond. Nous sommes absolument du même avis, en tant qu'il s'agit d'une opération chirurgicale à pratiquer sans aucune indication locale; mais il faut retenir le conseil d'examiner avec soin la région hépatique chez les malades hypochondriaques et mélancoliques; cet examen ne peut jamais avoir d'inconvénient, et parfois il pourra fournir des résultats intéressants.

Les premiers essais de *thermométrie cérébrale*, ou plutôt céphalique, ont été faits sur des aliénés, en 1861, par Albers, de Bonn, et répétés, quelques années après, par Da Costa Alvarenga. C'est seulement en 1877 qu'une communication faite par Broca, à la session de l'Association Française pour l'avancement des sciences tenue au Havre, sur la valeur diagnostique de l'exploration thermique de la tête, dans la recherche des lésions circoncrites du cerveau, appela l'attention générale sur ce sujet. Depuis, des travaux importants et nombreux ont été publiés en France et surtout à l'étranger; en ce qui concerne plus particulièrement les maladies mentales, A. Voisin a fait d'intéressantes recherches sur la température cérébrale dans la paralysie générale, mais le travail le plus complet et le plus compréhensif qui ait paru sur ce sujet est celui de MM. les Drs Maragliano et Seppilli (*Revista sperimentale de Freniatria*, etc. Reggio-Emilia, 1879). Ceux de nos con-

frères qui voudront connaître les résultats de ce travail, devront, à défaut de l'original, consulter d'abord une Revue critique, très bien faite par M. de Boyer, dans le premier numéro des *Archives de neurologie*, ensuite un livre nouvellement publié par M. Blaise, chef de clinique du professeur Grasset, de Montpellier. (*Contribution à l'étude des températures dites cérébrales*. Paris, G. Masson, 1880.)

Ils trouveront dans ces travaux, ainsi que dans les communications faites en 1880 à la Société de biologie par M. François Frank et dans le traité spécial publié en 1879, à Londres, par le Dr Lombard (*The regional temperatures of the head*), l'indication détaillée des précautions minutieuses dont l'observateur doit s'entourer, lorsqu'il s'agit de constater les températures péricrâniennes, précautions relatives aux instruments à employer, au lieu d'application, au mode de contention et de protection de ces instruments, au choix de la saison, du local, du moment de la journée, des sujets à observer. Alors même que toutes ces difficultés de technique expérimentale sont heureusement résolues, et que les températures locales relevées peuvent être considérées comme sensiblement exactes, s'ouvre un nouvel ordre d'incertitudes relatives à l'interprétation qu'il s'agit de leur donner. Doivent-elles être considérées comme indiquant, d'une manière tant soit peu précise, la température des régions cérébrales sous-jacentes, ainsi que le pensent Broca et ceux qui l'ont suivi? Ne faut-il pas, au contraire, renoncer à croire à cette transmission des températures intérieures à travers les parois crâniennes, et ne voir dans les variations de la chaleur péricéphalique que des effets vasomoteurs, résultant d'une action réflexe ou sympathique?

Toutes ces causes d'incertitude, si grandes déjà lorsqu'il s'agit d'observations recueillies sur des sujets atteints de lésions cérébrales localisées, augmentent lorsqu'il s'agit d'altérations diffuses, et encore plus si l'on essaie, comme l'a fait M. Amidon de New-York, de déterminer, par la

constatation de certaines variations de la température céphalique périphérique, chez des sujets sains, la localisation exacte des centres moteurs présidant à la contraction de tel ou tel muscle. (Société de biologie, 24 avril 1880.)

Le nombre et la valeur des travaux dont la thermométrie crânienne a fait l'objet, dans ces derniers temps, en montrent l'intérêt et l'importance; nous n'en signalons les difficultés que pour mettre les médecins désireux de répéter ces expériences en garde contre les causes d'erreur auxquelles ils pourraient se heurter, s'ils ne s'entouraient pas de toutes les précautions préliminaires indispensables.

La question du *non-restraint* renaît à chaque instant, et pour ainsi dire de force, partout où l'on s'occupe du traitement des aliénés. La discussion actuellement pendante devant la Société médico-psychologique de Paris a montré que, presque en même temps, des discussions analogues avaient lieu en Angleterre et en Allemagne. Dans ces deux pays, comme en France, bien des médecins aliénistes, et des plus considérables, sont d'avis que, pour le traitement d'un petit nombre de malades particulièrement dangereux, mieux vaut encore recourir, avec modération et méthode, à l'emploi d'une camisole bien faite et bien appliquée, que de faire maintenir de force ces malades, par un groupe d'infirmiers contre lesquels ils luttent, de les narcotiser à outrance, ou de les abandonner à eux-mêmes dans l'isolement d'une cellule, qu'elle soit matelassée ou non. Tels sont, en effet, les termes dans lesquels la question se pose, au point de vue pratique, termes dont ne donne qu'une idée fort imparfaite la dénomination de théorie du non-restraint.

Aux États-Unis, cette même discussion se poursuit, depuis deux ans, et est, en ce moment, à l'état aigu. Les divergences d'opinion entre différents représentants du corps médical sont si violentes qu'elles ont appelé l'attention du gouver-

nement. Seulement, là, le thème principal du conflit n'est pas seulement l'emploi de la camisole, qui ne rencontre d'ailleurs que peu d'adversaires absolus; c'est plus encore l'usage du *crib-bed*, sorte de lit à couvercle en treillage dans lequel on enferme, la nuit, certains malades trop agités, de manière à pouvoir les rendre inoffensifs pour eux-mêmes et pour les autres, sans les tenir, à proprement parler, fixés, soit par une camisole, soit par d'autres moyens de contention.

Le crib-bed a trouvé, parmi les médecins, ses détracteurs acharnés et ses défenseurs intrépides ; dans l'ardeur du débat on a même été jusqu'à substituer les menaces d'assassinat aux arguments scientifiques.

Le Sénat de l'Etat de New-York a fini par s'émouvoir de la question et il a chargé trois de ses membres, les sénateurs Woodin, Pitts et Fowler, de faire une enquête officielle sur le traitement des malades dans les asiles d'aliénés. Cette enquête a commencé dans les premiers jours de décembre 1880; les trois commissaires ont siégé publiquement, dans un salon d'un hôtel meublé de New-York, et ont fait déposer devant eux tous les témoins dont on pouvait espérer des renseignements utiles; les dépositions sont publiées chaque jour par les journaux politiques. L'enquête continue, en ce moment, par la visite des différents asiles.

Nous en ferons connaître le résultat et nous donnerons prochainement quelques renseignements sur le *crib-bed* qui est originaire de France, puisqu'il a été imaginé et appliqué d'abord à Marseille par Aubanel. Mais il ne s'est jamais implanté chez nous et il est abandonné depuis longtemps, dans l'asile même où il a été inventé !

Plusieurs communications intéressantes ont rempli les dernières séances de la Société médico-psychologique. M. Jules Falret ayant, à propos de l'évolution symptomatique du *délire des persécutions*, signalé la prédominance presque exclusive des hallucinations de l'ouïe, dans ce genre de délire,

et M. Mabille ayant opposé à cette assertion, trop absolue selon lui, plusieurs observations de mélancoliques persécutés, qui présentaient exceptionnellement des hallucinations de la vue, M. le professeur Lasègue, pour corroborer la première des deux opinions, a été amené à faire un tableau pittoresque et saisissant de ce qu'il considère comme le type pur du délire des persécutions. Peut-être pourrait-on se demander si ce type n'est pas tellement idéal, qu'il n'arrive pas souvent, dans la pratique, de le rencontrer à l'état de pureté absolue, surtout dans les cas chroniques qui sont les plus nombreux ? Ainsi pourraient se concilier les deux opinions.

La discussion relative à la *responsabilité* ou à l'*irresponsabilité des criminels* a continué entre MM. Delasiauve et Dally, sans que l'on puisse considérer le problème comme résolu.

M. le Dr Régis a réussi à donner un regain d'actualité à la question, si souvent traitée, de l'alimentation forcée des aliénés sitiophobes. Dans son travail que l'on trouvera plus loin *in extenso*, M. Régis traite successivement trois questions qui sont toutes trois intéressantes au point de vue pratique. Les voici :

1° Le lavage de l'estomac, à l'aide de solutions alcalines ou mieux encore d'eau de Vichy, ce procédé thérapeutique venu de l'Allemagne et employé, depuis un certain temps, dans les hôpitaux de Paris, notamment par MM. Guéneau de Mussy, Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Féréol, n'est-il pas indiqué chez les aliénés dont la sitiophobie peut être attribuée à un état maladif de l'estomac ?

2° Lorsque l'alimentation par la sonde œsophagienne doit être continuée pendant longtemps, n'y a-t-il pas avantage à faire entrer dans la composition du repas ingéré à l'aide de cette sonde, une certaine dose de peptones et d'assurer ainsi l'absorption d'une quantité suffisante de substances albuminoïdes ?

3° Afin d'être absolument certain de ne jamais injecter des aliments dans les voies aériennes, n'y a-t-il pas lieu d'adopter l'usage d'une nouvelle sonde qui peut se gonfler latéralement de manière à obstruer complètement le canal dans lequel elle se trouve, et à déterminer une suffocation immédiate si elle était par erreur introduite dans la trachée ?

Nous ne saurions nous prononcer de suite sur les trois points successivement traités par M. Régis, mais tous trois méritent, certainement, d'être étudiés et contrôlés.

M. Brown Sequard a communiqué à la Société de biologie, dans la séance du 27 novembre, une nouvelle découverte qu'il vient de faire et qui paraît avoir une grande importance physiologique. Il a trouvé qu'en laissant tomber du chloroforme, goutte à goutte, entre le cou et l'épaule, c'est-à-dire dans la région épileptogène, sur la peau de cobayes, de lapins, de chats, de grenouilles, on détermine des phénomènes multiples dont l'un des plus remarquables est un *sommeil anesthésique* profond, d'une durée de plusieurs heures. Il n'est pas encore question d'expériences du même genre pratiquées chez l'homme, et les plus grandes précautions sont indispensables en pareille matière, quelques-uns des animaux sur lesquels on a opéré ayant succombé. Mais on est tout au début d'un mode nouveau d'expérimentation ; peut-être ressortira-t-il de ces premiers essais quelque chose de pratique pour la thérapeutique humaine. Ce serait, à coup sûr, une chose très-heureuse que de pouvoir produire, chez les aliénés excités, un sommeil réparateur par de simples applications cutanées.

Le 31 décembre 1880.

Pathologie

DE

L'AUGMENTATION DE FIBRINE

DANS LA PÉRICÉRÉBRITE

Par le D[r] Daniel BRUNET
Directeur médecin en chef de l'asile d'Évreux

Dans la note que j'ai lue au Congrès international de médecine mentale, j'ai donné un résumé très succinct des recherches que j'ai faites sur la paralysie générale, qui est due à une péricérébrite chronique; je compte publier ces recherches successivement dans plusieurs mémoires et je commencerai par l'examen de la quantité de fibrine contenue dans le sang.

La quantité de fibrine du sang varie dans les différentes parties du corps. — Le sang veineux du bras en contient, à l'état normal, de 2 gr. 20 à 2 gr. 30 pour 1,000 gr.; le chiffre de 3 gr., admis pendant longtemps, a été reconnu trop élevé.

La fibrine diminue dans les pyrexies et augmente dans les maladies inflammatoires aiguës.

Dans les phlegmasies chroniques, la fibrine n'augmente pas ordinairement d'une manière notable.

L'augmentation de la quantité de fibrine dans l'inflammation aiguë est toujours, pour le même organe, proportionnelle à l'intensité des phénomènes phlegmasiques. Elle varie beaucoup suivant les organes qui sont le siège de l'inflammation, et, d'après quelques auteurs, elle serait même nulle dans les phlegmasies de l'appareil nerveux.

Virchow, qui soutient ce fait, l'attribue à l'absence de vaisseaux lymphatiques dans cet appareil. — Pour lui, l'augmentation de la fibrine est due à une modification de la lymphe dans les parties enflammées et elle est proportionnelle à la richesse des vaisseaux lymphatiques de ces parties.

Le grand nombre de ces vaisseaux dans les poumons expliquerait l'augmentation considérable de la fibrine dans la pneumonie.

Cette opinion est erronée. La fibrine augmente dans les inflammations cérébro-spinales quoique à un moindre degré que dans les phlegmasies des autres organes. — L'appareil nerveux contient des lymphatiques et il ne me paraît pas démontré que l'augmentation de la fibrine soit due à une modification de la lymphe.

Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, où l'inflammation du tissu nerveux est très intense, la quantité de fibrine s'est élevée d'après Tourdes à 5,63, d'après Maillot à 6,41, et d'après Lévy à 5,66 (1).

Pendant mon internat à Charenton, dans le service de M. Calmeil, j'avais commencé à étudier la composition du sang dans les diverses formes de l'aliénation mentale, d'après la méthode employée par Andral et Gavarret. Ces recherches que je n'ai pu continuer, parce que les fonctions administratives, dont j'ai été chargé depuis, ne m'en

(1) Andral et Gavarret, *Annales de chimie*, nov. 1840 ; Andral *Hématologie* ; Becquerel et Rodier. *Gaz. méd.*, 1844 ; Michéa, *Gaz. méd.*, 1847 ; Virchow, *Pathologie cell.*, traduit par Paul Picard.

ont pas laissé le loisir, n'ont abouti à aucun résultat précis en ce qui concerne les globules sanguins et les matières solides du sérum. Elles n'ont pas été assez nombreuses, et je me contenterai d'en détacher ce qui se rapporte à la fibrine dont j'ai pesé le poids chez quarante et un aliénés.

Les saignées variaient de 400 à 500 grammes et la fibrine, extraite du caillot, lavé avec soin, était pesée après avoir été desséchée complètement dans une étuve. La fibrine ainsi préparée n'est pas tout à fait pure; elle contient quelques matières grasses et, pour les enlever, il aurait fallu la traiter par l'éther, mais la graisse mêlée à la fibrine est toujours en très petite quantité et n'augmente pas d'une manière sensible son poids.

J'ai pesé la fibrine dans six cas d'hémorrhagie cérébrale intra-ventriculaire; j'ai trouvé, comme Andral et Gavarret, la quantité de fibrine diminuée; elle a varié de 1,70 à 2,14.

Dans deux cas de delirium tremens, le poids de la fibrine a été de 1 gr. 45 et 1 gr. 60, tandis que dans trois cas de manie suraiguë, il a été de 2,65, 3 et 3,14.

M. Calmeil ordonnait souvent la saignée dans la paralysie générale et je crois qu'on a le tort de trop y renoncer aujourd'hui.

J'ai pu peser la fibrine du sang chez trente aliénés atteints de cette affection; son poids a varié entre 1,30 et 5,90 et a été en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Les quantités minima de fibrine 1,30 et 1,86 ont été obtenues chez deux individus atteints de paralysie générale à forme démente, à marche lente, saignés à la fin de la deuxième période de la paralysie, pour des symptômes de congestion cérébrale de peu d'intensité et de peu de durée.

Le poids de la fibrine dans vingt-quatre cas a varié de 2 gr. à 3 gr. 32 et sa moyenne pour ces vingt-quatre cas a été de 2 gr. 60.

Dans les observations suivantes il a dépassé le chiffre 4.

Observation I. — N... Démence paralytique, à la seconde période, présentant la forme ambitieuse. Attaque épileptiforme. Peau chaude, 100 pulsations. Saignée de 400 gr. le lendemain de cette attaque. Le malade peut se lever au bout de quatre jours. Fibrine 4,05.

Observation II. — L... Démence paralytique arrivée à la fin de la deuxième période. Forme ambitieuse. Attaque comateuse avec légers mouvements convulsifs. Peau chaude, 110 pulsations. Saignée de 400 gr. le lendemain de l'attaque. Caillot recouvert d'une légère couenne. Le poids de la fibrine est de 4 gr. 26 pour 1,000 gr.

Dans l'observation suivante, le chiffre de la fibrine a été de 4 gr. 85, à la suite d'une attaque épileptiforme fébrile pendant laquelle le pouls s'est élevé jusqu'à 150 pulsations.

Observation III. — *Péricérébrite à forme ambitieuse. Exacerbation suraiguë caractérisée par du coma, des convulsions et une fièvre intense. Sang couenneux. Mort vingt jours après. Durée totale de la maladie vingt-huit mois. Au microscope, lésions inflammatoires des circonvolutions cérébrales.*

Le nommé P..., âgé de quarante-six ans, employé au chemin de fer d'Orléans, né et domicilié dans cette ville, est entré le 15 juillet 1856 à la maison de Charenton où il a succombé le 21 janvier 1858.

Son éducation a été un peu négligée, et il n'a reçu qu'une instruction primaire. Il est resté quatorze ans soldat et a acquis le grade de sous-officier. Il était d'un caractère violent et emporté, mais ne conservait pas longtemps rancune aux personnes avec lesquelles il se fâchait.

A l'âge de dix-huit ans, il a eu une fièvre intermittente à type tierce et à forme délirante dont la durée a été de six mois.

Fièvre typhoïde à vingt ans.

Nombreux excès alcooliques ; quelques excès vénériens.

Il a une certaine fortune et, depuis quatorze ans, il était employé comptable à la gare des marchandises du chemin de fer d'Orléans.

Pas d'hérédité.

On ne connaît aucune cause morale qui ait pu contribuer au développement de la maladie.

Au mois d'octobre 1855, il était dans ses bureaux occupé à travailler, lorsque le médecin de la compagnie qui faisait sa tournée remarqua chez lui de la rougeur à la face et constata que la parole était embarrassée.

Le médecin le renvoya chez lui, lui fit appliquer des sangsues à l'anus et lui prescrivit un purgatif. Depuis cette époque, le malade a quitté ses travaux, et son intelligence a été toujours s'affaiblissant de plus en plus. De temps en temps, à propos de la plus légère contrariété, il entrait dans une violente excitation, mais ne tardait pas à redevenir calme.

On n'a pas constaté d'hallucinations. La mémoire est très affaiblie, il est incapable de faire aucun travail sérieux ; son écriture est tremblée et beaucoup de mots sont tronqués ou omis.

Il n'a plus aucun soin de sa personne et se montre indifférent à tout. Il a des idées de richesse et de grandeur, dort parfaitement bien, mange beaucoup et a engraissé.

Trois mois avant que le médecin de la compagnie d'Orléans eût constaté des troubles cérébraux chez lui, sa sœur, qui nous a donné les renseignements que je viens de rapporter, nous a dit qu'elle avait déjà remarqué de l'affaiblissement intellectuel.

Juillet 1857. Taille moyenne, cheveux châtains, tête bien conformée ; tempérament lymphatico-sanguin, embonpoint notable.

Il se croit très riche, se dit officier de la Légion d'honneur, est comblé de faveurs de la part du gouvernement,

et parle avec emphase des prétendus grades élevés qu'il aurait acquis à l'armée, de ses bois, de ses domestiques et de ses équipages, etc.

L'articulation des mots est très difficile et quand il parle on constate des mouvements convulsifs des muscles de la face. Il est très gai, très expansif, très heureux et demande quelquefois à sortir pour s'occuper de ses affaires et voir le directeur du chemin de fer dans lequel il était employé.

Août. Même état. Bégaiement considérable.

Ses écrits sont criblés de fautes d'orthographe et de mots qui sont inachevés. Son écriture est tremblée et souvent incompréhensible parce qu'il oublie souvent les phrases principales.

Septembre. Même état. Pas d'excitation. Régularité parfaite des fonctions digestives. Assez bonne tenue.

Octobre. Pas de changement notable.

Janvier 1858. Depuis deux mois l'affection dont il est atteint marche à grands pas vers son terme fatal. Il est incapable d'avoir aucun soin de sa personne; la parole est extrêmement embarrassée et les mouvements des membres très gênés. Le délire ambitieux diminue et les facultés intellectuelles s'affaiblissent de plus en plus. L'embonpoint commence à se perdre.

8 *janvier.* Violente excitation, rougeur et chaleur de la peau, accélération du pouls.

9 *janvier.* Depuis hier soir, l'agitation est remplacée par un état demi-comateux. Les membres sont contracturés et les paupières closes. La pupille de l'œil droit est plus étroite que celle du côté gauche. Il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. La sensibilité n'est pas complètement abolie. 150 pulsations, peau très chaude, saignée de 400 gr.

10 *janvier.* 124 pulsations. Persistance du coma. Le caillot de la saignée est rétracté et couvert d'une légère

couenne; le sang contient 4 gr. 85 pour 1,000 grammes.

13 *janvier*. 112 pulsations. Il parle depuis deux jours et prononce des phrases incohérentes en bégayant beaucoup. Quand on le pince très fort, il dit que cela ne lui fait pas de mal, tandis que la physionomie exprime de la douleur et que ses mains cherchent à éloigner la mienne.

14 *janvier*. 110 pulsations. — Il mange un peu.

17 *janvier*. 110 pulsations. Il va assez bien et nous dit en bredouillant extrêmement qu'il possède quatre millions.

28 *janvier*. Il va de mieux en mieux, le pouls varie de 110 à 100. Il mange la demi-portion d'aliments.

29 *janvier*. Il succombe aujourd'hui. Hier soir il est tombé dans un état demi-comateux, qui a été toujours en s'aggravant jusqu'au moment de la mort.

Autopsie, quarante-sept heures après la mort.

Membres dans la résolution. Un peu d'amaigrissement.

Os du crâne minces et très injectés. La dure-mère se détache facilement de ces os.

Le poids du cerveau est de 1,013 gr.; celui du cervelet, du bulbe et de la protubérance, de 164.

L'hémisphère droit pèse 10 grammes de plus que le gauche.

Les membranes viscérales sont injectées et opalescentes et il est impossible de les enlever sans entraîner avec elles des lambeaux de substance corticale qui est ramollie et plus colorée qu'à l'état normal. Ces lésions sont plus marquées à la face externe que sur les autres faces et manquent sur les trois faces du lobe occipital.

Beaucoup de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules. La membrane qui tapisse les cavités est évidemment épaissie.

Toute la substance cérébrale paraît imbibée de sérosité et ramollie, mais ce ramollissement est surtout notable sur la couche la plus superficielle de la substance grise.

Le cervelet est un peu injecté, et sa couche corticale paraît légèrement ramollie.

Pas de lésions dans les organes des cavités abdominale et thoracique.

Examen microscopique. — La substance corticale au niveau des points où elle adhère aux membranes viscérales est ramollie, se dissocie très facilement. Les vaisseaux sont très distendus par le sang et leurs parois sont incrustées de quelques granulations graisseuses. La substance amorphe est plus granuleuse. Les myélocytes, noyaux et cellules, sont plus nombreux et plus volumineux (1).

On trouve en outre beaucoup d'éléments embryoplastiques, noyaux ovoïdes, corps fusiformes. Ces derniers sont isolés ou réunis par deux, par trois ou même en plus grand nombre. Les fibres nerveuses, tubes et cylindres de l'axe, sont atrophiés et ne se rencontrent dans les points les plus malades que par petits tronçons. Çà et là magma blanchâtre de nature fibrineuse, particulièrement à côté des vaisseaux, le long desquels d'ailleurs les lésions que je viens d'indiquer sont le plus marquées. Cellules nerveuses plus granulées qu'à l'état normal. Les corps granuleux sont très peu nombreux.

Dans la substance blanche, les tubes nerveux près des circonvolutions les plus malades sont atrophiés et séparés les uns des autres par beaucoup de matière amorphe parsemée de quelques petits noyaux ovulaires.

Gluge, Lebert et Calmeil ont à tort donné les corps granuleux comme le caractère essentiel de l'inflammation. Ils n'existent pas à la première période de la péricérébrite et leur nombre n'est nullement en rapport avec l'intensité de la phlegmasie. Ils sont surtout très nombreux dans la pé-

---

(1) On admet aujourd'hui que la matière amorphe et les myélocytes sont de nature conjonctive et forment une trame au milieu de laquelle est placé le tissu nerveux.

ricérébrite à forme démente et à marche lente dans laquelle l'atrophie du cerveau est considérable. — Ils sont produits par des granulations graisseuses déposées sur des cellules de différente nature, leucocytes, myélocytes, cellules nerveuses et indiquent une phase régressive de la maladie.

OBSERVATION IV. —*Paralysie générale à forme ambitieuse. Etat demi-comateux. Contracture des membres. Grincement de dents. Saignée de* 500 *gr. Fibrine* 5,90. *Néomembrane de l'arachnoïde pariétale. Lésions inflammatoires du cerveau très marquées.*

M... né le 1er janvier 1813, célibataire, lieutenant au 88e de ligne, entré à Charenton le 18 avril 1857; mort le 21 avril 1858.

Il vient de l'établissement des aliénés de la Haute-Vienne.

Certificat du médecin directeur. — Entré à l'asile le 3 février 1857, il présentait une violente excitation avec idées dominantes de grandeur et de richesse, et une disposition marquée à la paralysie. Une amélioration notable se manifesta bientôt dans son état, et l'on croyait qu'il pourrait être rendu à sa famille, lorsque, le 24 mars, il a été frappé d'une attaque de congestion, suivie de symptômes de paralysie, d'agitation, et de grincement de dents.

Examiné au mois de juillet, il nous présente les signes d'une paralysie générale déjà avancée: embarras de la parole, gêne des mouvements, raideur des membres, grincement de dents, affaiblissement de l'intelligence avec délire ambitieux peu intense.

Pendant les mois d'août et de septembre, les symptômes que je viens d'énumérer augmentent d'une manière notable.

15 *novembre*. Le malade est plongé dans un état demi-comateux, la sensibilité est complètement abolie, et il ne peut proférer une seule parole. Grincement des dents, raideur considérable des membres avec demi-flexion, prédo-

minant à gauche; la pupille de ce côté est un peu plus large que celle du côté droit. — Saignée de 500 grammes; diète. Fibrine, 5 gr. 90.

17 *novembre*. Il a recouvré la connaissance et la sensibilité, et peut articuler quelques mots; la raideur des membres est moins considérable, l'inégalité des pupilles persiste.

Décembre. On a essayé de le faire lever pendant quelques jours, mais il ne pouvait se tenir debout.

Janvier. L'inégalité des pupilles persiste, l'embarras de la parole est très considérable, et les conceptions sont tellement bornées qu'on peut à peine obtenir de lui quelques monosyllabes. Grincement des dents, raideur des membres prédominant à gauche. L'affaiblissement de l'intelligence, les troubles de la motilité augmentent, en même temps que diminuent les forces, jusqu'au moment de la mort qui arrive le 21 avril à cinq heures du soir.

Autopsie, quarante heures après la mort.

Os du crâne injectés légèrement, adhérents à la dure-mère. On trouve appliquée sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, dans toute son étendue, excepté à la base du crâne, une pellicule très fine, très molle, demi-transparente, blanchâtre, ne présentant aucun point rosé, ni jaunâtre; son épaisseur et sa consistance sont un peu plus marquées à la partie antérieure des hémisphères et près de la grande scissure interhémisphérique que dans les autres points de son étendue. Elle est peu adhérente à l'arachnoïde pariétale; on peut en détacher facilement, malgré son peu de consistance, des lambeaux larges comme la main, sans la déchirer. Étudiée au microscope, elle nous offre un aspect granuleux finement strié, semblable à celui de la fibrine en voie de décomposition; cet aspect est dû à l'entre-croisement serré de nombreuses fibres lamineuses très fines,

empâtées dans de la matière amorphe. En traitant la préparation par de l'acide acétique, on aperçoit beaucoup de noyaux embryoplastiques.

L'arachnoïde viscérale et la pie-mère sont épaissies, injectées, adhérentes aux circonvolutions cérébrales dans beaucoup d'endroits, surtout aux environs de la scissure de Sylvius, de la grande scissure interhémisphérique, et à la partie antérieure du cerveau.

La substance grise des hémisphères est rosée, ramollie; la substance blanche, injectée. La membrane séreuse qui tapisse les ventricules est épaissie, injectée et présente des granulations miliaires abondantes, surtout dans le ventricule du cervelet.

Le liquide du tissu sous-arachnoïdien et des ventricules est incolore, transparent, et peu augmenté de quantité.

Le cervelet est injecté et paraît ramolli.

Les organes abdominaux et thoraciques sont sains.

CONCLUSIONS.

La paralysie générale, comme toute autre inflammation chronique, ne produit pas d'augmentation de fibrine dans le sang quand elle suit une marche lente et régulière. Cette quantité peut même diminuer dans certains cas. — L'augmentation a lieu lorsque les phénomènes phlegmasiques deviennent très intenses, passent à l'état aigu. Le poids de la fibrine peut alors atteindre 5 gr.90.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FOLIE A DEUX

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de l'asile public de Marseille

Le récent travail de M. le Dr Emmanuel Régis vient d'appeler de nouveau l'attention sur un des points les plus délicats et encore les plus obscurs de la psychiatrie. La folie à deux date d'hier sinon comme phénomène morbide, du moins dans la science. Elle a jusqu'à ce jour suscité peu de travaux, aussi notre distingué confrère de Sainte-Anne a-t-il eu tout à la fois l'idée et la main heureuses en choisissant un tel sujet pour sa thèse inaugurale. L'idée et la main heureuses, car non seulement son étude aura l'avantage, comme je viens de dire, de ne pas laisser sommeiller une question importante, mais elle aura le mérite bien plus grand à mon avis d'avoir fait faire un pas sérieux à la question en démontrant que la folie à deux n'est pas une.

A mon tour et après lui, je publie ce travail dans le but de faire connaître quatre observations personnelles et d'essayer de compléter sa doctrine en m'efforçant d'établir que la folie à deux comprend trois ordres de faits parfaitement distincts qui pourraient être désignés sous les noms de *folie imposée*, *folie simultanée*, *folie communiquée*.

M. Régis qui sait rendre justice à ses devanciers, rappelle

qu'à la Société médico-psychologique, immédiatement après la lecture du mémoire de MM. Lasègue et Falret, M. Baillarger et M. Lunier prirent la parole pour dire que, dans les cas de folie à deux, il importait de distinguer avec le plus grand soin les cas de cette espèce, où tous les symptômes de la folie se manifestent, de ceux où les individus tout en croyant aux idées fausses de l'aliéné restent raisonnables. Cette remarque est fondée. En effet, dans le premier groupe de notre classification, il n'y a qu'un aliéné qui *impose* son délire sans le communiquer. C'est là son caractère distinctif ; dans les autres, par contre, les deux partenaires sont fous l'un et l'autre. Mais à quel signe reconnaîtra-t-on la folie chez le second? Est-ce comme semblent le vouloir MM. Lunier et Baillarger, lorsque sa conviction sera assez grande pour l'amener à des actes répréhensibles, ainsi que j'en rapporte un cas dans ma quatrième observation? Je ne le crois pas. En pareille occurrence, il serait entraîné par l'erreur et ne serait pas dominé par la maladie. Et ce point de doctrine est important à établir, car il n'est pas seulement théorique, il peut avoir les plus graves conséquences médico-légales. En justice, l'expert aurait le droit et le devoir, pour faire mitiger la peine, d'invoquer l'excuse de la faiblesse intellectuelle, l'excuse de la folie lui serait formellement interdite. Pour moi, et c'est aussi l'opinion de M. Régis, celui à qui sont imposées les conceptions délirantes n'est pas aliéné parce qu'il n'est pas halluciné. Il partage les idées vésaniques d'un autre, mais ces idées n'ont pas pris naissance dans son cerveau malade. Entre l'aliéné qui enfante le délire et le pauvre d'esprit qui l'accepte, il y a, si on veut me permettre de rapprocher les grandes choses des petites, la maladie de la santé, il y a toute la distance qui sépare le génie qui crée de l'intelligence qui comprend ; le malade, en transmettant ses idées morbides, garde intact le foyer pathologique où elles s'élaborent, tout comme le savant et l'artiste en livrant leurs

découvertes conservent pour eux seuls le trésor d'où ils les ont tirées.

Les conditions dans lesquelles se développe cette folie à deux, que je désignerai sous le nom de *folie imposée*, ont été parfaitement tracées dans le mémoire de MM. Lasègue et Falret. Parmi ces conditions, il en est une sur laquelle je désirerais faire une réflexion que je ne crois pas sans intérêt, à savoir que la vraisemblance du délire n'est pas chose absolue mais relative, qu'elle ne varie pas seulement avec les idées fausses mais encore et surtout avec l'état psychique de celui qui les reçoit. Ainsi, par exemple, un délire religieux, si anodin qu'il soit, sera toujours invraisemblable pour un homme d'intelligence médiocre, peu porté vers les choses du ciel ; au contraire, quelque absurde qu'il soit, il a grande chance d'être accepté de tout esprit faussé par le mysticisme. Cette remarque peut ne pas être sans importance en médecine légale. Devant l'absurdité de certaines conceptions délirantes imposées, l'expert s'exposerait à tomber dans l'erreur en concluant à la simulation, sans tenir principalement compte du degré d'intelligence et de crédulité de celui qui a joué le rôle passif.

Le second groupe est la *folie simultanée* que j'accepte pleinement puisque j'ai pu, à l'asile de Montauban, observer un cas qui me prouve péremptoirement son existence. Je n'ai rien à ajouter à la description qu'en a donnée M. Emmanuel Régis ; sa grande erreur est d'avoir considéré les cas qui m'occupent en ce moment comme constituant seuls la folie à deux. Les trois conditions qu'il signale comme indispensables à la production de cette variété vésanique doivent, en effet, se trouver réunies ; car en résumé la *folie simultanée*, de même que la *folie communiquée*, n'est qu'un cas particulier de l'influence générale des milieux sur les formes revêtues par l'aliénation mentale.

C'est encore par l'influence des idées ambiantes qu'il

faut expliquer ce fait qui, à juste titre, a attiré l'attention de M. Régis : tous les cas de folie à deux sont des délires de persécutions. Notre jeune confrère explique cette particularité par trois considérations qui me paraissent absolument erronées. Tout d'abord le caractère partiel n'appartient pas au seul délire des persécutions ; le même argument militerait en faveur de toutes les folies systématisées. En second lieu, les causes morales invoquées par M. Régis, à l'inverse des causes physiques ne sont pas spécifiques ; elles n'impriment pas au délire un cachet particulier permettant de les reconnaître par la seule inspection de l'état mental. Les fous par amour ne sont pas plus des érotomanes que les fous par ambition ne sont des mégalomanes. D'un autre côté, est-il bien vrai que la tendance à l'idée de persécution soit innée chez l'homme ? J'avais toujours cru que la méfiance était fille de l'expérience, tout comme le doute en est le fils. Nous sommes naturellement confiants dans nos affections comme dans nos relations et c'est le propre du jeune âge, que les déceptions de la vie n'ont pas encore mûri, de croire et d'espérer. Ne nous faisons pas plus mauvais que nous ne sommes. Si, à notre époque, les cas de folie à deux sont des délires de persécutions, c'est que ce délire est au XIX[e] siècle ce que la folie religieuse a été au moyen âge. Nous sommes dans une époque de luttes et de méfiance, de même que nos aïeux ont vécu dans une ère de foi et de superstition. La folie à deux de forme mystique a certainement existé autrefois, seulement l'état de la science à cette époque n'a pas permis de l'observer et de la décrire. Aujourd'hui, tous les aliénés qui ne sont pas sous le coup d'un bouleversement général des facultés ont plus ou moins des idées de persécution. Si ce délire a plus de chances d'être accepté, c'est que l'état général des esprits y prédispose, moins par une tendance innée de la nature humaine que par l'influence des idées régnantes.

A ces deux groupes je crois devoir en ajouter un troisième

basé sur la contagion de la folie chez les individus prédisposés. Si le cas que je rapporte avait été bien observé, l'existence scientifique de ce groupe serait démontrée. La folie n'est pas contagieuse de toutes pièces, aujourd'hui chacun le sait, et sans doute tous les cas qu'on a publiés, mal observés, s'expliqueraient comme ceux qu'a si finement analysés M. Trélat dans son mémoire sur les *causes de la folie*. Mais l'hallucination avec les conceptions délirantes qui en découlent, ne peuvent-elles se communiquer à un héréditaire, candidat à la folie, en quête d'une occasion de délirer? Cette opinion qui est celle de beaucoup d'aliénistes et qui fut celle de Marcé, est aussi la mienne. Je crois avec l'infortuné médecin de Bicêtre que les asiles sont des séjours nuisibles aux névropathes marqués d'une tare vésanique. J'ai pu d'ailleurs, à l'asile d'Auch, observer un délirant par persécutions, très curieux et bien connu dans l'établissement, qui avait enrichi ses hallucinations de celles de ses camarades.

Dans le cas de *folie communiquée* que nous avons eu sous les yeux à l'asile de Toulouse et qui avait frappé deux sœurs, trois conditions avaient été réalisées : 1° une prédisposition héréditaire bien marquée à l'aliénation mentale; 2° de tout temps une vie commune aussi intime que possible; 3° une action incessante de l'aliénée sur sa compagne saine d'esprit qui s'efforçait de lui démontrer son erreur et qui finit par être entraînée elle-même dans le tourbillon vésanique. Ces trois conditions me paraissent devoir être les seules indispensables. Le degré d'intelligence a un rôle bien secondaire à jouer ici. C'est l'hérédité, en effet, qui fait sentir son influence et engendre les hallucinations similaires. On peut en dire autant de la vraisemblance du délire. Dans la *folie simultanée*, une condition d'une grande importance, c'est celle d'influences occasionnelles agissant à la fois sur les deux malades et jouant à l'égard de la production de leur délire le rôle de causes déterminantes. Ici

ce qui détermine le délire c'est l'action incessante du premier malade sur le second, dont le cerveau encore sain contient un élément puissant de maladie.

Le tableau suivant présente, sous une forme synoptique, la classification des folies à deux.

Folie à deux	Un seul halluciné.		Folie imposée.
	Deux hallucinés (héréditaires).	Hallucinations et délire similaires éclatant en même temps chez deux malades sous l'influence de causes communes.	Folie simultanée.
		Hallucinations et délire similaires chez le second sous l'influence du premier.	Folie communiquée.

I

La mère et la fille. — Idées de persécution et hallucinations simultanées sous l'influence de l'hérédité et de la misère. — Séquestration d'office de la fille. — Dissimulation probable du délire, sortie. — Nouvelle séquestration d'office à la suite de la mort de la mère.

En novembre 1875, entrait à l'asile de Montauban Mlle Adélaïde X..., âgée de 32 ans, profession de brodeuse sur or. Fille d'un fonctionnaire de la marine, Mlle X... était née à La Réunion d'un père qui, après avoir pris sa retraite, mourut fou à Charenton, et d'une mère névropathe, peu communicative, qui avait eu dans sa famille plusieurs membres atteints d'aliénation mentale. A l'inverse de sa mère, Adélaïde X... avait toujours été très expansive, très exaltée. Bien douée au point de vue intellectuel, elle avait su profiter du peu d'instruction qu'on lui avait donnée aux colonies ; elle était surtout pleine de goût et d'une grande habileté aux travaux d'aiguille. Mme X... n'avait pour toute fortune qu'une modeste pension faite par le ministère de la marine. Elles résolurent de se retirer à

Toulouse où de nombreuses familles créoles sont établies, espérant par leur intervention des secours et du travail. Elles y furent malheureuses. Malgré un travail forcé et la charité de leurs compatriotes, elles traînaient une existence assez misérable, se fatiguant beaucoup, dormant peu et n'ayant pas toujours le nécessaire pour réparer leurs forces épuisées. Le malheur et la souffrance aigrissent; elles commencèrent à accuser leurs amies de ne pas assez employer leur crédit pour leur venir en aide et par des exigences aussi bien que par des reproches elles se privèrent d'une partie des secours qui leur étaient si nécessaires. La misère devenait plus grande, quand par une fatalité Mlle Adélaïde resta quelque temps sans pouvoir travailler dans des conditions avantageuses. Tout cela ne leur parut pas naturel. Elles arrivèrent à se convaincre que les gens de France leur en voulaient parce qu'elles étaient nées aux colonies. Fortes de cette idée, elles ne tardèrent pas à se faire autant d'ennemis qu'il y avait de gens dans leur voisinage ou en relations d'affaires avec elles. Leurs idées de persécution s'accrurent et sous l'influence de toutes ces causes, de l'hérédité et de la misère, de la méfiance et de la colère, des hallucinations éclatèrent simultanément chez la mère et la fille.

Je dis simultanément, car ne connaissant à cette époque que le seul travail de MM. Lasègue et Falret et croyant que tous les cas de folie à deux revêtaient la forme par eux décrite, je m'efforçai vainement de retrouver chez mes deux malades l'élément actif et l'élément passif. *A priori*, pour moi, Mlle X... avait été l'élément actif. Intelligente, expansive, remuante même, doublement héréditaire, elle avait dû, dominée par ses hallucinations, systématiser un délire de persécutions et l'imposer à sa mère plus passive, moins intelligente, indolente, vraie créole dans toute la force de l'acception. Les faits ne répondirent pas du tout à mon attente. Je me trouvai en présence des deux femmes aussi

hallucinées l'une que l'autre, qui voyaient et entendaient simultanément les mêmes insanités et qui, quand je leur demandais laquelle la première avait vu et entendu toutes ces choses et les avait fait voir et entendre à l'autre, me répondaient invariablement : « Mais toutes les deux en même temps. Nous ne nous sommes jamais quittées, nous avons aimé et souffert ensemble. Toutes les deux, nous nous sommes aperçues qu'on nous en voulait, qu'on nous tourmentait pour nous faire quitter la France. Ensemble nous avons entendu les gens nous insulter, et la nuit ensemble dans le même lit, nous voyions des spectres qu'on envoyait pour nous effrayer. » Réponse toujours identique sinon dans les termes, du moins dans le sens.

Imbu des idées vraies mais très incomplètes développées dans le travail de MM. Lasègue et Falret, je ne vis pas là un vrai cas de folie à deux, je ne sus pas tirer de cette observation unique toutes les conséquences qui en découlaient et il est certain que, sans le récent travail de M. Régis, elle dormirait parmi mes notes.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe confirmèrent les dames X... dans leurs idées de persécution. Leur délire, ayant désormais une base solide, s'épanouit librement. Dans l'espérance de se dérober aux poursuites, elles quittèrent la ville et prirent domicile au faubourg Saint-Cyprien; leurs perversions sensorielles les y suivirent. De guerre lasse, elles résolurent de quitter Toulouse et de se réfugier à Montauban. Là elles furent encore plus malheureuses et trouvèrent moins qu'à Toulouse du travail dans des conditions avantageuses. Mlle Adélaide entama alors avec le parquet une correspondance qui se termina par sa séquestration d'office. La mère qui était restée dans l'ombre fut épargnée.

Au moment de son admission à l'asile, Mlle X... était dans un état de santé déplorable ; le mal de misère l'avait fortement touchée. Elle fut soumise à un traitement tonique et

à des affusions froides. Deux mois après, aux yeux de tous elle paraissait guérie. Elle avait été dans les premiers temps tenue à l'écart de sa mère. Etait-ce guérison réelle, était-ce ruse? Je ne sais; mais à l'entendre elle avait renoncé à toutes ses conceptions délirantes; elle reconnaissait avoir été folle et disait que toutes ses hallucinations avaient disparu. L'état physique était devenu excellent. Mlle X... sous l'influence d'un bon régime et d'un traitement tonique avait recouvré ses forces; elle avait même sensiblement engraissé. Je l'interrogeai de nouveau sur l'origine de son délire, sur son développement, je lui parlai longuement de sa mère, de l'influence qu'elle exerçait sur elle et j'arrivai toujours au même résultat. Les conceptions délirantes et les hallucinations avaient été simultanées.

Deux mois s'écoulèrent et Mlle X..., toujours bien, réclamait sa sortie; force fut de la rendre à la liberté. Cinq mois après, en août, elle était ramenée d'Agen dans notre établissement. Son état était bien plus grave que la première fois, elle avait des idées de grandeurs et un commencement d'affaiblissement intellectuel. De tels symptômes me portèrent alors et me portent aujourd'hui encore à soupçonner cette malade d'avoir simulé une guérison pour obtenir sa sortie. En quittant l'asile, elle s'était rendue à Agen, y avait perdu sa mère et s'était fait arrêter en dénonçant cette mort au parquet comme le résultat d'un empoisonnement.

II

La femme et le mari. — Misère. — Alcoolisme chez la femme; délire des persécutions imposé au mari faible d'esprit.— Idées de grandeur consécutives à forme religieuse également imposées au mari. — Séquestration d'office de la femme. — Ulcère de l'estomac avec hématémèses nécessitant la sortie.

Le 10 juin 1880, entrait d'office à la division des femmes de l'asile public d'aliénés de Marseille, Marie M..., épouse B..., âgée de vingt-neuf ans, sans profession. Bien que

placée en dehors de toute influence héréditaire, elle avait toujours été nerveuse, s'emportant facilement, et depuis cinq ans, à la suite d'une perte d'argent très sérieuse, était préoccupée et buvait.

Mon premier interrogatoire me fit voir chez cette malade un délire des persécutions intense, basé sur des hallucinations de l'ouïe. Des gens avaient formé un complot pour la réduire à la misère, ces misérables non contents de lui faire perdre la presque totalité de sa fortune, l'insultaient dans les rues et elle avait dû tout récemment encore changer de domicile pour se soustraire à leurs invectives et à leurs machinations. Elle avait été arrêtée, nous apprit-elle, au moment où, en plein jour, devant tout le monde, elle volait un vase dans une église fréquentée et frappait le sacristain qui s'y opposait, mais elle refusa obstinément de fournir l'explication de ce délit commis d'une façon aussi inconsidérée. Au point de vue physique, je remarquai chez cette femme une inégalité pupillaire assez marquée, la pupille gauche était plus dilatée que la droite, et quelques légères hésitations dans la parole à la fin des réponses un peu longues. Ce vol commis en plein jour dans une église, rapproché des symptômes physiques que je viens d'énumérer, me fit redouter le début d'une paralysie générale progressive ; mais d'un autre côté le délire des persécutions était parfaitement systématisé. Je restai dans le doute et je me bornai à relever cet organisme affaibli par les toniques et l'hydrothérapie.

Cinq jours après, une amélioration notable semblait s'être produite. Marie M... mangeait, dormait bien et travaillait toute la journée à la couture. Les hésitations dans la parole avaient complètement disparu pour ne plus se remontrer, tandis que l'inégalité pupillaire persistait pour ne jamais disparaître jusqu'à la sortie. La malade disait être toute autre, reconnaissait parfaitement avoir été folle, ne voulait pas s'expliquer davantage et me promettait de me donner sous

peu des renseignements détaillés. Je les eus en effet, le 17. A l'entendre elle avait fait la folle pour venir à l'asile. Voici son récit.

Elle vivait à son aise, heureuse et tranquille, quand en 1875 le malheur la frappa, elle fit de mauvaises affaires et perdit la presque totalité de ses économies. Le chagrin l'a alors minée et elle tomba malade. Elle n'a jamais fait d'excès alcooliques, ainsi que le prétendent les mauvaises langues; mais comme elle avait l'estomac toujours faible, elle prenait souvent dans la journée du vin chaud sucré pour se donner du ton. Deux ans s'écoulèrent ainsi. En 1877, elle était toujours malheureuse en affaires, toujours souffrante, quand elle comprit enfin que toutes ses infortunes provenaient d'un complot organisé contre elle. En passant dans la rue, elle entendit chuchoter les voisins et bientôt ils ne se gênèrent plus pour se moquer d'elle et l'insulter même en public. Elle rendit œil pour œil, dent pour dent. Elle fut plus souffrante, son estomac devint de plus en plus sensible et elle fut contrainte de recourir plus souvent encore au vin chaud sucré pour se fortifier. La persécution allait toujours croissant, elle répondait aux prétendues provocations par des insultes, était en un mot en guerre ouverte avec le voisinage, quand tout à coup en 1878, sans que rien l'eût préparée à ce grand événement, la voix d'un ange se fit entendre. Cet ange lui annonça que Dieu l'appelait à de hautes destinées, qu'elle devait se préparer à sa mission par la souffrance et dès lors subir en patience tous les maux dont le Seigneur la frappait. Sa conduite changea de suite, elle devint douce, résignée et laissa en paix les voisins. Dans les premiers jours de 1880, l'ange dont depuis deux ans elle avait toujours entendu la voix, l'avertit qu'une grande épreuve l'attendait: « L'âme de votre mère souffre, elle a non seulement besoin de prières mais encore d'une expiation. Dieu exige que vous fassiez la folle pour vous faire séquestrer à l'asile Saint-Pierre ; quand le moment

sera venu, je vous préviendrai. » Le moment arriva dans les premiers jours de juin. C'est en songe cette fois qu'elle fut prévenue et, à son réveil, elle se sentit entraînée par une force supérieure à commettre des actes excentriques. Elle cassa des carreaux de vitre, fit une scène scandaleuse dans une église, frappa le sacristain et fut arrêtée, examinée par un médecin et conduite à l'asile selon son désir. Elle ajouta en terminant: « Vous voyez bien que je ne suis pas aliénée. Je suis ici en expiation. Quand j'aurai accompli mon temps, l'ange m'avertira et les portes devront s'ouvrir devant moi. » Tel est l'étrange récit que nous fit cette malade, en pleine visite et en présence de tous, avec un air de conviction profonde et sur un ton très calme.

Du 17 au 24 juin, rien de particulier dans l'état mental, sinon que la malade dissimule beaucoup. Elle est calme, travaille, mais refuse absolument de converser avec moi. Elle paraît même me traiter avec un certain mépris. Elle est, dit-elle, en expiation dans l'établissement, je n'ai qu'à bien remplir mon rôle de geôlier. Quand je lui demande si l'ange vient converser quelquefois avec elle, elle me répond qu'elle n'a point à me communiquer les faveurs dont le ciel la gratifie. L'état physique est assez alarmant : la malade a eu des vomissements de sang et présente un ensemble de symptômes qui me fait soupçonner un ulcère de l'estomac. Elle dit souffrir de cet organe depuis quelque temps et attribue ce mal, conséquence de son alcoolisme, à la persécution organisée contre elle. Un traitement par le lait, le sous-nitrate de bismuth et l'opium est prescrit.

Le 25 juin, je reçus la visite du mari. Durant ce premier entretien, il fut très réservé; il affirma que sa femme n'était pas folle, qu'elle avait fait semblant de l'être, attendu que depuis plusieurs mois elle lui avait annoncé sa prochaine entrée à l'asile de Marseille. Il me parut avoir l'esprit très faible, mais j'avoue n'avoir nullement soupçonné alors le singulier état dans lequel il se trouvait. J'autorisai sa visite,

Le lendemain 26, Marie M... m'avertit que l'ange avait fixé sa sortie au 1er juillet, qu'elle en avait fait part la veille à son mari et que celui-ci devait venir la chercher au jour indiqué. Il vint en effet, à mon grand étonnement, la réclamer ce jour là. Le second entretien ne me laissa aucun doute ; lui aussi croyait à l'ange, mais il ne l'entendait pas. Il ne me fut pas facile de bien me rendre compte du travail qui s'était fait et qui se faisait encore dans l'esprit de ce malheureux, car non seulement je refusai de livrer la malade, mais je crus prudent de couper court aux visites dans l'intérêt de l'un et de l'autre et ce fut contre moi de part et d'autre un déchaînement violent de colères et de menaces. Je pus cependant petit à petit me faire une idée nette de la situation, et voici comment les choses se sont passées.

Les premières conceptions délirantes de persécutions furent acceptées presque d'emblée. B..., esprit faible, nature essentiellement passive, avait, depuis son mariage, abdiqué tout pouvoir entre les mains de son épouse ; c'est elle qui conduisait le ménage et dirigeait les affaires. D'un autre côté cette persécution, dirigée contre eux, n'expliquait-elle pas les malheurs qui les frappaient après plusieurs années de prospérité ? Marie affirmait qu'elle avait saisi des propos de la part des voisins, propos qui lui avaient dessillé les yeux et lui avaient démontré l'existence d'un complot ourdi contre eux. Il ne vit là rien d'impossible et fut bientôt tout à fait convaincu de la haine du voisinage en entendant des insultes à l'adresse de sa femme. Ces insultes étaient réelles, elle provenaient des provocations incessantes de la malade. Il ne sut pas analyser cette situation et, dès lors, il fut autant que son épouse délirant par persécution. En 1878, quand la voix de l'ange se fit entendre pour la première fois et que Marie M... lui narra l'avenir prospère que Dieu leur réservait après leur temps de souffrance, B..., sans avoir précisément des doutes sur l'intégrité des facultés intellectuelles de sa femme, crut cette fois qu'elle se faisait

illusion et prenait ses rêves pour la réalité. La persistance de la malade à l'entretenir sans cesse de ce sujet, le ton convaincu avec lequel elle exposait ses hallucinations et les conseils qu'elle recevait d'en haut, durent agir fortement sur cet esprit débile; mais il résulte de ses entretiens avec moi que deux raisons principales déterminèrent son adhésion. « Cette femme, disait-il, n'a jamais été folle, elle s'occupait de ses affaires comme par le passé, rien dans son ménage n'était changé, elle me le disait elle-même pour me prouver que sa tête n'était pas dérangée et j'étais bien obligé d'en convenir. » La seconde raison est toute d'intérêt: ils étaient malheureux, pourquoi Dieu ne leur réserverait-il pas une compensation? Cette idée, développée par Marie avec chaleur, lui souriait assez, et de concessions en concessions, l'infortuné arriva à accepter les idées de grandeur comme il avait accepté les idées lypémaniaques. Cette adhésion après la séquestration à l'asile et la prédiction faite plusieurs mois à l'avance, était devenue chez lui aussi entière et aussi complète que possible. « Ma femme, s'écriait-il, n'a jamais été folle, elle ne l'est pas plus aujourd'hui que par le passé : elle a commis sciemment des actes excentriques pour obéir à la voix de Dieu; aujourd'hui elle veut sortir, le temps d'épreuves est passé, personne ne peut la retenir. » Et là-dessus il s'emportait, me menaçait de me dénoncer pour séquestration arbitraire à l'autorité administrative et judiciaire et parlait même de me faire empoigner par la gendarmerie. Une particularité importante à signaler, car elle facilita beaucoup la chute de B...,ce sont ses idées religieuses et sa croyance au surnaturel. Il admettait en principe, conformément à la doctrine qu'on lui avait enseignée dans son jeune âge et dont il subissait toujours le joug, que Dieu communiquait avec les hommes et que les anges étaient les intermédiaires naturels entre le ciel et la terre. Avec de telles idées, les hallucinations de son épouse purent être consi-

dérées par lui non comme un produit maladif, mais comme un fait possible d'ordre surnaturel.

Du 2 au 15 juillet, Marie B... fut dans un meilleur état de santé physique, mais son maintien à l'asile détermina quelques modifications dans la forme de son délire. Par suite de mon refus d'obéir aux ordres du ciel, je fus considéré par elle comme étant de la bande de ses persécuteurs. L'ange lui avait maintenant donné pour mission d'inspecter mon service et de surveiller surtout le traitement que je faisais subir aux malades.

Le 20, une violente hématémèse mit ses jours en danger et le 22, devant la gravité de son état, je crus devoir autoriser une visite du mari. Il ne tarda pas à venir dans mon cabinet pour m'accuser à son tour d'être de la bande et de retenir son épouse dans le but de l'assassiner par mon traitement. Jusqu'à ce jour, malgré ses colères et ses menaces, il n'avait pas vu en moi un des conspirateurs. Il épousa sans hésitation cette nouvelle idée vésanique de la malade et je dus, cette fois encore, interrompre les visites. Ils s'excitaient l'un l'autre, le mari devenait plus violent à mon égard et, chose autrement grave, la femme refusait tout traitement et repoussait toute alimentation.

Ainsi tenu à l'écart, B... persista dans cette idée que j'étais de la bande. Il venait souvent me réclamer sa femme tandis que cette dernière, soit par ruse ou par suite de nouvelles hallucinations, modifiait sa ligne de conduite. On était aux premiers jours d'août, son état physique s'était sensiblement amélioré ; Marie M... m'attribuait tout le mérite de cette amélioration, reconnaissait s'être trompée sur moi, me priait de lui pardonner ses accusations injustes, essayait même de me donner des preuves exagérées de son affection. Elle me promettait en outre de ne jamais plus parler de l'ange puisque, ajoutait-elle, vous n'y croyez pas, et tenez, à cause de lui, l'oiseau en cage. Le 15 août, la malade persistait dans ses bonnes disposi-

tions. Désireux de voir ce qui allait se passer chez le mari dont la colère et la haine contre moi allaient toujours croissant, je ne vis que des avantages à autoriser une visite. B... subit à l'instant même l'influence de son épouse et se mit à l'unisson. Je devins pour lui comme pour elle un médecin dévoué, presque un ami, sur lequel on pouvait compter. L'expérience avait donc été décisive.

Les choses restèrent en cet état jusqu'au 25 août; la malade était toujours alitée, très affaiblie par suite de son ulcère de l'estomac— elle ne tolérait que le régime lacté,— mais fidèle à sa promesse, ne parlant jamais de l'ange, quand survint une nouvelle crise avec vomissements de sang. L'état alla sans cesse en s'aggravant et, le 29, je le jugeai désespéré. Elle parut le comprendre elle-même et me demanda avec instance d'aller mourir chez elle: « Depuis un mois, me dit-elle, j'ai tenu ma promesse. Je ne vous ai plus parlé de l'ange, je vous jure qu'il en sera de même dehors, rendez-moi à mon mari, si je puis encore être sauvée; la liberté seule fera ce miracle. » Certes je n'ignore pas que, dans les cas de *folie imposée*, dans l'intérêt tout à la fois de celui qui impose ses conceptions délirantes et de celui qui les reçoit, une des premières mesures thérapeutiques à prendre est la séparation des deux partenaires, mais ici j'étais en présence d'une femme alitée depuis un mois et demi, que je croyais perdue et je ne me reconnus pas le droit de lui refuser la consolation qu'elle sollicitait de mourir dans sa famille. La mort, à mon avis, ne devait pas tarder à opérer cruellement la séparation que je jugeais utile à l'état mental du mari. Elle sortit le 31.

III

Deux sœurs. — Hérédité. — Hallucinations et lypémanie ambitieuse chez la cadette.— Hallucinations et délire communiqués à l'aînée qui combattait depuis six mois les erreurs de sa sœur.

Les demoiselles Pauline et Léontine X..., séquestrées d'office le même jour à l'asile public de Toulouse, étaient deux sœurs venues au monde à trois ans de distance et qui étaient arrivées jusqu'à la cinquantaine sans jamais se quitter d'un jour. Par la famille de leur père, elles étaient fortement héréditaires. Elles avaient une pension modeste mais suffisante. A la suite de plaintes réitérées du voisinage, la police avait fait une descente dans leur demeure et il avait presque fallu livrer une bataille pour arriver jusqu'à elles. Les portes étaient non seulement fermées mais encore barricadées; et quand le commissaire parvint à pénétrer dans les appartements, il trouva au salon, devant un vieux tableau de famille, les deux locataires armées jusqu'aux dents qui leur crièrent : «Pour l'arracher vous passerez sur nos corps. » On parlementa ; et sur la promesse formelle que le tableau serait respecté, elles déposèrent les armes.

L'histoire de ces deux malades ne sera pas longue.

Léontine, sous l'influence de l'hérédité et aussi du retour d'âge, tomba dans un état mélancolique qu'on ne lui avait jamais vu. Elle se plaignit d'avoir de vagues inquiétudes et comme le pressentiment d'un grand malheur. Elle souffrait de la tête, racontait-elle, avait des douleurs erratiques dans les membres et les hanches. Elle avait perdu la santé comme la gaieté. Elle accusa son entourage de ne pas avoir pour elle les soins et les tendresses d'autrefois, soupçonna un peu tout le monde, sauf pourtant Pauline qu'elle affectionnait et épargnait au milieu même de son délire. Elle eut ensuite des hallucinations de l'ouïe ; un délire des persétions s'ensuivit.

Pauline se fit l'infirmière dévouée de sa sœur folle. Elle entreprit alors un traitement moral qui devait aboutir non pas à la guérison de sa sœur cadette mais au naufrage de sa propre raison. Elle s'efforça de démontrer à la malade que rien ne justifiait ses idées de persécution. Sans gloire ni richesse, toujours bonnes, elles avaient fait le bien, pouvaient-elles susciter jalousie ou inimitié ? Léontine, hallucinée, entendait distinctement les insultes et les railleries, le bruit infernal fait la nuit pour l'empêcher de dormir ; elle sentait parfaitement les sensations étranges qui lui parcouraient le corps, sensations peu en rapport avec son âge et qui, selon son expression, la reportaient aux temps de ses grandes luttes pour la vertu. Aussi, forte de tous ces phénomènes morbides, transformés à ses yeux en preuves irrécusables, à son tour elle cherchait à convaincre son amie. La bataille recommençait tous les jours et la victoire ne devait pas rester au bon sens. Toutes ces discussions portaient de plus en plus la malade à systématiser son délire, et la maladie progressant, elle arriva à justifier ses conceptions lypémaniaques par des conceptions mégalomaniaques. On leur en voulait parce qu'un vieux tableau de famille, ornement du salon, valait trois cent mille francs. Elle était parvenue, assurait-elle, à saisir le secret de la conspiration. Pauline lutta avec plus d'ardeur ; mais le moment approchait où le germe héréditaire transmis par le père, allait se développer et enlacer sa raison. Une nuit où Léontine, plus hallucinée que jamais, lui dépeignait avec feu tout ce qu'elle entendait, lui affirmait qu'on marchait dans le salon, qu'on cherchait peut-être à emporter le tableau, Pauline elle aussi crut entendre. Elle devint dès lors plus inquiète, prêta une oreille plus attentive aux propos de sa sœur, aux mille murmures des nuits et, finalement, arriva aux mêmes hallucinations et aux mêmes conceptions délirantes que sa cadette. Elle avait combattu plus de six mois le délire qu'aujourd'hui elle faisait sien.

Saine d'esprit, Pauline avait pu garder près d'elle sa sœur malade et, par sa surveillance, empêcher tout écart trop compromettant. Les conditions furent changées quand toutes deux adoptèrent les mêmes idées. Elles devinrent bientôt un danger, sinon pour la sécurité du moins pour la tranquillité publique.

A l'asile, ces deux dames ne pouvaient vivre l'une sans l'autre ; séparées, elles se livraient à un tel désespoir et se laissaient aller à une telle agitation qu'on ne pouvait hésiter à les mettre dans le même quartier.

La marche de la folie ne fut pas identique chez les deux malades. Le délire de Léontine se calma beaucoup dans l'établissement ; elle conserva sans doute les mêmes conceptions délirantes, mais elle eut à peine quelques hallucinations; son intelligence par contre, déjà peu puissante même dans ses plus beaux jours, s'affaiblit rapidement. Quant à Pauline, elle était incontestablement devenue plus aliénée que sa compagne ; très hallucinée, elle était en proie, la nuit surtout, à des perversions sensorielles multiples et très pénibles. Atteinte d'ailleurs d'une affection organique du cœur, elle mourut cinq mois après son entrée, soignée à son tour par sa sœur avec un dévouement admirable. Cette dernière entrait de plus en plus en démence. Quand l'aînée eut succombé, elle oublia sa mort trois jours après et expliqua son absence par un voyage à Albi, ajoutant toutefois : « Je ne comprends pas qu'elle m'ait laissée ici ; nous ne nous étions jamais séparées... »

IV

La mère et l'enfant. — Délire des persécutions à forme érotique imposé par la mère à l'enfant. — Tentative d'assassinat par les deux codélirants. — Séquestration d'office de la mère. — Guérison de l'enfant.

Le 15 novembre 1880, entrait pour la seconde fois à la vision des femmes de l'asile public de Marseille

Mme Joséphine A.., épouse S..., à la suite d'une tentative d'assassinat commise de concert avec son enfant sur la personne de M. S...

Pas d'hérédité, au dire des parents, assertion démentie par la forme et la marche de l'aliénation et aussi par des signes de dégénérescence physique. Née en 1836, Mme A... eut à Paris une fièvre grave avec convulsions à 15 ans, la fièvre typhoïde et les fièvres intermittentes à 29 et à 33 ans. Les menstrues ont paru à 16 ans, mais Mme S... n'a jamais été bien réglée. Elle restait parfois six mois sans rien voir, puis à cette aménorrhée succédaient de fortes hémorrhagies. L'aliénation mentale a débuté en 1878 par des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et illusions de la vue; la maladie suivit une marche ascendante et, le 12 mars 1880, il fallut la séquestrer d'office. Elle avait acheté un revolver pour tuer son mari. Elle l'accusait de faire partie d'une bande de libertins acharnés à la perte de toutes les femmes, d'employer tout l'argent du ménage à ses honteux plaisirs, bien plus de chercher à la prostituer elle et ses enfants pour se procurer des ressources. Quand je pris la direction médicale du service des femmes en juin, je trouvai cette dame avec les mêmes conceptions délirantes qu'elle étalait à tout propos et de plus avec des tendances au suicide très marquées. Dès que la surveillance se ralentissait, elle essayait de s'étrangler. La santé physique était délabrée; j'établis un traitement tonique par les pilules Vallet, l'arséniate de soude et l'hydrothérapie Trois semaines après, c'est-à-dire dans les premiers jours de juillet, un changement complet s'était produit; la santé était revenue, Mme A... reconnaissait avoir été folle, riait de ses hallucinations et de ses conceptions délirantes, était enfin charmante vis-à-vis de son mari qu'elle accueillait avec joie. En août, cet état de guérison apparente persistant toujours, M. S.. voulut absolument reprendre sa femme au moins à titre d'essai, et obtenir une sortie provisoire d'un

mois. Je dis guérison apparente, car j'avais des doutes sur l'état psychique réel de la malade. En effet, il était toujours très difficile de la décider à prendre les douches avec le costume utilisé d'ordinaire qui n'abrite que les parties sexuelles; elle nous accusait, mon interne et moi, de le faire dans un but de lubricité. Cette accusation était pour moi la preuve que, si ses idées d'autrefois sommeillaient, elles n'étaient pas mortes. En second lieu, j'apprenais dans la division que les propos tenus par elle en mon absence étaient le reflet des conceptions délirantes du début. Pourtant le mari devenait pressant, il s'adressait à l'autorité administrative, réclamait sous sa responsabilité la sortie à titre d'essai et s'engageait formellement à ramener son épouse dès que le moindre trouble intellectuel se manifesterait. Amené à donner mon avis, j'adressai le 13 août à la préfecture le rapport qui suit. J'entre dans tous ces détails à cause de la tentative d'assassinat qui suivit la sortie et qui, sans un hasard heureux, aurait pu entraîner la mort de M. S...

« Mme Joséphine A..., épouse S..., à son entrée dans » l'établissement, était atteinte du délire des persécutions avec » hallucinations de l'ouïe et illusions de la vue. Elle accu- » sait particulièrement son mari et, dans le but de le tuer, » avait fait acquisition d'un revolver. Depuis un mois et » demi, elle est calme et paraît raisonnable; ses sentiments » affectifs ont reparu; elle accueille avec empressement et » tendresse sa famille et demande avec instance à retourner » auprès d'elle; de son côté, M. S... désirerait beaucoup » reprendre sa femme. La forme essentiellement dangereuse » qu'a revêtue dans le principe le délire de Mme A.. » m'inspire quelques craintes pour l'avenir. Sans doute, » l'état de cette malade s'est considérablement amélioré, » mais elle n'est pas complètement guérie. Je crois qu'elle » dissimule beaucoup devant moi, d'autant plus que la » sœur chargée de la surveillance de son quartier m'affirme » qu'en mon absence Mme A .. accuse encore un cer-

» tain vieillard d'avoir voulu l'entraîner à des actes
» obscènes et machine contre lui des projets de ven-
» geance. J'ai exposé cette situation à M. S..., je lui ai fait
» part de mes doutes et de mes inquiétudes et il a insisté
» pour prendre sa femme à titre d'essai, s'engageant for-
» mellement à la ramener dès que la moindre manifestation
» délirante se fera jour chez elle. A cette condition, mais à
» cette condition seulement, je crois que la sortie à titre
» d'essai pourrait être autorisée. »

Le 14 août, M. le préfet des Bouches-du-Rhône, sous réserve des conditions formulées dans mon rapport, autorisait cette sortie à titre d'essai. Pendant deux mois, Mme A... fut très raisonnable; mais dans le milieu d'octobre les hallucinations et les conceptions délirantes reparurent et la malade renouvela contre son mari les accusations passées.

Mme S... a deux enfants, un jeune homme de quinze ans, faible d'esprit, et une petite fille de douze ans très intelligente. Elle s'efforça de les amener à partager ses idées contre leur père. La jeune fille résista avec énergie; loin de voir en M. S... un scélérat qui voulait leur perte avec leur honte, elle essayait de dissuader sa mère et rapportait à son père tout ce qu'elle entendait. Mme A... expliqua cette conduite par des rapports incestueux. Quant au jeune homme, il accepta toutes les conceptions délirantes de sa maman qui, d'ailleurs, avait sur son esprit débile un empire absolu. Il tenait vis-à-vis de son père une conduite digne, mais froide, et jamais M. S... ne put lui tirer un mot de ce que lui confiait la malade. Malheureusement pour lui, cet homme oublia les conseils que je lui avais donnés et l'engagement formel que je lui avais fait prendre vis-à-vis de l'autorité administrative.

Du 12 au 15 novembre, Mme S... n'adressa pas la parole à son époux. C'est durant ces trois jours qu'elle forma son projet d'assassinat et le fit accepter de son fils. Elle

acheta un long couteau qui devait lui servir à perpétrer le crime et prépara pour le jeune homme une massue de bois. Il était convenu qu'elle porterait le coup mortel, tandis que l'enfant se précipiterait sur son père pour l'achever immédiatement après sa chute. Durant ces trois jours, rien dans l'attitude ou les paroles des deux complices ne vint trahir leur noir dessein. Le 15, à huit heures du matin, Mme A... rompit le silence pour reprocher à M. S... sa conduite incestueuse avec sa fille. Il eut une inspiration malheureuse; oubliant qu'il avait affaire à une malade, il la menaça, lui déclara qu'à bout de patience il allait se décider à quitter la maison. Mme A... passa dans la chambre voisine, appela son fils et lui déclara que le moment était venu. Ils s'armèrent. M. S... avait le dos tourné; heureusement il vit briller dans une glace la lame du couteau, et eut le temps de se retourner précipitamment pour se jeter sur sa femme. Il fut blessé grièvement à la région fronto-pariétale. Il chancela; à ce moment, conformément aux intructions reçues, l'enfant se précipita sur son père et le frappa à coups redoublés de sa massue de bois. Mme A... essaya de porter à son mari un second coup de couteau; il saisit la lame au passage et se fit ainsi une large entaille à la main, mais il parvint à désarmer son épouse. Prenant alors celle-ci de la main droite et celui-là de la main gauche, il engagea une lutte très vive tout en appelant au secours. Il fut dégagé par les voisins accourus à ses cris. La police fut avertie et Mme A... conduite d'urgence dans mon service. L'enfant s'était accroché à sa mère; il s'écriait que son père allait le tuer ou mieux le vendre pour payer ses maîtresses; il ne voulait pas rester avec lui. On le conduisit à l'asile avec la malade. Il était neuf heures et demie. Là il fallut de toute nécessité opérer la séparation. Le jeune S... fut mis de force dans une voiture et ramené chez lui. Son père ne s'y trouvait pas, la police commit l'imprudence de le laisser seul dans la maison. Dès que les agents furent partis, il

prit la fuite et se rendit de nouveau à l'asile. A trois heures il y était encore. Il ne voulait pas se séparer de sa mère ; il affirmait que son père menait une vie scandaleuse, qu'il était un profond scélérat capable de tous les crimes pour assouvir ses penchants voluptueux. On parvint toutefois à le rassurer et il se décida à se laisser conduire à la maison paternelle. M. S... l'accueillit avec bonté. Peu de jours après il était revenu à une saine appréciation de l'état mental de sa mère, regrettait sa conduite et racontait tout ce qui s'était passé. Au moment où j'écris ces lignes, 3 décembre, ses idées et sa conduite n'ont pas cessé d'être raisonnables. L'état mental de la mère ne s'est pas modifié.

CONCLUSIONS

Les idées principales qui servent de base à ce mémoire peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

I. La folie à deux comprend trois ordres de faits parfaitement distincts :

1° *La folie imposée*, dans laquelle un aliéné impose ses conceptions délirantes à un être intellectuellement et moralement plus faible que lui, sous réserve de certaines conditions déjà développées dans le mémoire de MM. Lasègue et Falret.

2° *La folie simultanée*, dans laquelle deux individus héréditairement prédisposés contractent en même temps le même délire, sous réserve de certaines conditions déjà formulées dans le mémoire de M. Emmanuel Régis.

3° *La folie communiquée*, dans laquelle un aliéné communique ses hallucinations et ses conceptions délirantes à un autre héréditaire.

II. Trois conditions indispensables paraissent devoir se trouver réunies pour la production de la *folie communiquée*.

1° Une prédisposition héréditaire bien marquée chez celui auquel le délire doit être communiqué.

2° De tout temps, une vie commune aussi intime que possible entre les deux futurs codélirants.

3° Une action incessante de l'aliéné sur son compagnon sain d'esprit pour l'amener à partager ses hallucinations et ses conceptions délirantes.

III. Au point de vue médico-légal, dans la *folie imposée*, *l'être passif* est un esprit faible, un imbécile ; mais alors même qu'il coopère aux actes vésaniques de l'*être actif*, il ne doit pas être considéré comme aliéné; par contre, dans la *folie simultanée* et dans la *folie communiquée*, les deux codélirants sont aliénés l'un et l'autre.

IV. Au point de vue médico-légal, dans la *folie imposée*, la vraisemblance du délire est chose relative et l'expert pour conclure doit surtout s'inspirer de l'état psychique antérieur de l'être passif.

V. La *folie simultanée* et la *folie communiquée* ne sont que deux cas particuliers de l'influence générale des milieux sur les formes revêtues par l'aliénation mentale.

VI. C'est encore par l'influence générale des milieux qu'il faut expliquer ce fait particulier que tous les cas de folie à deux sont des délires de persécutions, ce délire est la folie du XIXe siècle.

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

A PROPOS DE

L'ALIMENTATION FORCÉE

Par le Dr E. RÉGIS
Chef de clinique de la faculté à l'asile Sainte-Anne.

MESSIEURS (1),

La question de l'alimentation forcée des aliénés se compose, dans son ensemble, de trois éléments principaux qu'il importe de distinguer, et qu'on pourrait, croyons-nous, définir de la façon suivante :

1° *Un élément de pathologie*, comprenant l'étude des malades et de leur refus d'aliments, c'est-à-dire l'étude des *sitiophobes* et de la *sitiophobie* ;

2° *Un élément d'hygiène thérapeutique*, comprenant l'alimentation proprement dite, c'est-à-dire la nature et la quantité des substances nutritives à employer suivant les cas ;

3° *Un élément de chirurgie*, relatif aux appareils, à leur mode d'emploi, en un mot, aux divers procédés opératoires.

Or, si l'on passe en revue les nombreux travaux publiés sur le sujet, on s'aperçoit qu'ils portent presque tous sur l'*élément opératoire*, au détriment des deux autres. Tandis, en effet, que le nombre d'instruments proposés pour ali-

---

(1) Communication faite à la *Société médico-psychologique*, dans la séance du 27 décembre 1880.

menter artificiellement les aliénés est assez considérable à l'heure actuelle pour constituer un véritable arsenal, on fait à peine encore la différence, au point de vue des conséquences pratiques, entre la *sitiophobie passagère* et la *sitiophobie persistante*, entre le malade qui refuse de se nourrir parce que des voix célestes le lui interdisent ou qu'il croit sa nourriture empoisonnée, et celui chez lequel ce refus d'aliments relève directement d'une affection organique bien confirmée ; pas plus qu'il n'existe une règle déterminant d'une façon précise les substances nutritives à employer dans la majorité des cas.

Et cependant, l'étude des sitiophobes et des aliments qui leur conviennent n'est pas indifférente ; elle s'impose, aussi bien que celle du manuel opératoire. En effet, si par le perfectionnement des appareils on peut arriver à rendre l'opération relativement facile et exempte de dangers, l'observation attentive des malades conduit, elle, à la connaissance exacte de la cause et de la ténacité de leur refus d'aliments, d'où indications thérapeutiques précieuses et bien différentes, suivant les cas ; enfin, l'étude des substances nutritives peut seule rendre vraiment efficace l'alimentation artificielle, en la rapprochant de plus en plus de l'alimentation normale.

Un mot sur chacun de ces points.

1° Le refus de nourriture, chez les sitiophobes, n'est ni constamment ni uniquement la conséquence immédiate du délire ; l'élément physique, et j'entends par là une perturbation quelconque des fonctions organiques, digestives surtout, en est bien plus souvent la cause. Dans certains cas, l'affection est suffisante, à elle seule, pour provoquer l'anorexie ; dans d'autres, le trouble fonctionnel n'est, il est vrai, que très léger, mais alors il peut servir de base au malade pour l'édifice de conceptions délirantes nouvelles, et devient encore, quoique indirectement, le point de départ du refus d'aliments. Enfin, alors même que la si-

tiophobie est d'origine purement intellectuelle, le fonctionnement de l'appareil digestif, on peut le dire, n'est presque jamais absolument normal chez les malades. Une double indication découle donc de ces faits. Avant d'en arriver à nourrir de force les aliénés, il est nécessaire, *chez les uns*, de combattre le trouble fonctionnel primordial, cause naturelle de l'abstinence ; *chez les autres*, de placer les organes de la digestion dans les conditions les plus satisfaisantes, à l'aide de moyens appropriés.

Je sais bien que, pratiquement, cette double indication n'est pas facile à remplir, et qu'il est très malaisé de soumettre à un traitement thérapeutique des malades qui refusent d'avaler quoi que ce soit, mettant au service de leur refus une insistance et une énergie le plus souvent invincibles. Il faut, dès lors, se passer de leur assentiment. Mais par quel moyen ? En voici un que je propose, et que j'ai emprunté à la pratique hospitalière, où il jouit depuis quelque temps d'une faveur exceptionnelle aussi bien que méritée. Il s'agit des lavages de l'estomac. A l'aide de ces lavages, pratiqués d'une façon méthodique, on vient facilement à bout de la sitiophobie, lorsqu'elle est sous la dépendance, directe ou indirecte, d'un trouble fonctionnel de nature organique, et on favorise singulièrement la puissance digestive de l'estomac, dans les cas où le refus d'aliments est uniquement subordonné à la nature même du délire. L'opération, d'ailleurs, n'est ni longue ni difficile. Je me sers, pour la pratiquer, de la pompe stomacale de M. Colin, dont je vous présente un modèle, et que j'ai fait légèrement modifier pour l'adapter aux exigences de la pratique des aliénés. Cette pompe, qu'emploie également M. Dujardin-Beaumetz chez ses malades de l'hôpital, se compose essentiellement d'un robinet à double courant, et peut à volonté servir d'*injecteur* ou d'*aspirateur*.

La sonde œsophagienne introduite comme à l'ordinaire, je commence par aspirer les liquides, acides le plus souvent,

qui sont contenus dans l'estomac, après quoi, j'injecte dans la cavité stomacale une solution alcaline d'eau de Vichy ou de bicarbonate de soude. Cela fait, et après avoir attendu quelques instants, pour donner à la muqueuse le temps de s'imprégner convenablement, j'aspire le résidu de cette solution (1). Cette opération, pratiquée deux fois pendant plusieurs jours de suite, m'a donné les meilleurs résultats chez les nombreux jeûneurs qui présentaient des troubles gastriques. Au bout de peu de temps, ils se remettaient à manger. Chez les autres, auxquels j'ai fait absorber de la sorte une solution quotidienne d'eau de Vichy, elle m'a paru favoriser le travail de la digestion, soit en détergeant la muqueuse stomacale, soit en s'opposant, d'une façon lente mais continue, à la constipation qui survient dans la plupart des cas.

Ce n'est point là, d'ailleurs, le seul avantage de la pompe stomacale. Cet instrument, qui constitue un *moyen curatif* en servant à pratiquer les lavages, constitue aussi un *moyen palliatif*, en permettant d'injecter les aliments, et cela sans perte de temps ni complication nouvelle, par le seul déplacement du tube d'aspiration. Enfin, c'est là un appareil purement médical, préférable en cela à l'irrigateur Eguisier, qui, inventé pour des usages... moins nobles, n'est pas sans provoquer quelques répugnances, au moins dans la clientèle privée, et se dérange d'ailleurs avec la plus grande facilité.

2° L'étude des sitiophobes, nous venons de le voir, fournit des indications pratiques de la plus haute importance ; celle de leur alimentation peut également devenir la source de nombreux perfectionnements thérapeutiques. A cet égard, je ne vous dirai qu'un mot, n'ayant point l'intention

(1) Les partisans du tube de Faucher ont prétendu qu'avec la sonde œsophagienne ordinaire, l'aspiration pouvait avoir pour résultat le pincement des plis de la muqueuse stomacale dans l'œil de la sonde, et provoquer, par suite, des accidents assez graves ; en opérant avec lenteur, je n'ai jamais eu, pour ma part, l'occasion de constater le fait.

de traiter à fond cette question qui nécessiterait des développements considérables. M'appuyant sur les travaux qui ont démontré la très grande efficacité des peptones dans tous les états d'assimilation nutritive insuffisante ou laborieuse, j'ai essayé de les adjoindre aux substances alimentaires qu'on a l'habitude d'employer chez les aliénés sitiophobes. Par le peu que j'en ai vu depuis que je l'expérimente, je suis fondé à croire que c'est là un moyen excellent de rendre complète et réellement efficace l'alimentation artificielle chez ces malades. Cela se comprend aisément d'ailleurs, étant donné que les peptones représentent sous un petit volume une quantité relativement considérable d'éléments azotés, et cela sous la forme la plus précieuse, sous celle d'albuminoïdes modifiés et élaborés déjà par une sorte de digestion artificielle, ce qui les rend très facilement absorbables, même pour les estomacs les plus délabrés.

3° J'arrive maintenant au troisième élément de la question, à l'élément opératoire. Ici, comme je vous le disais en commençant, je me trouve en présence d'un nombre considérable de travaux et d'un nombre encore plus considérable d'appareils dont bien peu, d'ailleurs, sont restés dans le domaine de la pratique courante. Grâce à l'obligeance de M. Colin qui a bien voulu mettre à ma disposition les plus connus d'entre eux, j'ai pu les étudier expérimentalement et les présenter même, dans le courant de l'année dernière, aux élèves de la clinique ; tout compte fait, et après mûre réflexion, je me suis arrêté définitivement au procédé le plus simple et le plus ancien, à la sonde en gomme ordinaire, munie ou non d'un léger mandrin.

Quoi qu'il en soit, et malgré les avantages que peuvent offrir ces divers instruments, aucun ne prévient le plus grave, je pourrais dire l'unique danger du cathétérisme œsophagien tel qu'on le pratique chez les aliénés, le passage de la sonde dans les voies aériennes. N'arrive-t-il pas en effet journellement, surtout chez certains malades qui semblent

présenter à cet égard une disposition spéciale de la région, que l'opérateur, même le plus expérimenté, ne parvienne à introduire la sonde dans l'œsophage qu'après avoir pénétré une ou plusieurs fois dans la trachée ? Je sais bien que le plus souvent le danger n'est pas grand parce qu'on reconnaît aisément la fausse route. Mais la reconnaît-on toujours? — Personne n'oserait répondre d'une façon absolument affirmative. Certainement, il existe des signes qui aident au diagnostic ; j'ai pris la peine de relever soigneusement tous ceux qui ont été indiqués jusqu'à ce jour, et ils sont énumérés tout au long dans la thèse récente de mon ami M. Moreuw.

Mais ces signes, pour si nombreux qu'ils soient, ne donnent pas une certitude absolue. Il est des cas, notamment chez les mélancoliques profondément débilités et anesthésiés, où ils perdent la plus grande partie de leur valeur, et où l'introduction de la sonde dans les voies aériennes n'est suivie d'aucune réaction appréciable. J'en appelle ici, messieurs, à votre propre expérience, et je vous demande s'il ne vous est jamais arrivé d'hésiter, d'attendre et de retirer prudemment votre sonde pour l'introduire à nouveau, ne sachant exactement où elle se trouvait placée tout d'abord. Pour ma part, et depuis plus de trois ans que je pratique à peu près quotidiennement l'opération, je crois en avoir acquis une certaine habitude, j'avoue humblement qu'il m'arrive souvent encore de douter et parfois même de recommencer à plusieurs reprises le cathétérisme œsophagien. D'ailleurs, et vous ne l'ignorez point, il existe quelques cas bien avérés d'injection des liquides alimentaires dans les bronches et de mort subite de malades après une fausse route commise même par d'habiles opérateurs. Pour ma part j'en connais quelques exemples, très rares il est vrai, mais qui suffisent à démontrer que la certitude absolue n'existe pas dans tous les cas. Un seul de ces accidents serait de trop pour le prouver!

J'ai cherché et je crois avoir trouvé le moyen, non pas d'éviter la fausse route, mais, ce qui est tout aussi avantageux au point de vue pratique, de la diagnostiquer d'une façon certaine. Ce moyen consiste dans l'emploi d'une sonde en caoutchouc dont j'ai l'honneur de vous présenter un modèle, et qu'en raison de son but spécial, j'ai appelé *sonde d'épreuve*.

Cette sonde porte au niveau de son tiers inférieur une ampoule en caoutchouc, qui fait corps avec elle, et qui, à l'état de vacuité, ne fait point de saillie assez notable pour gêner l'introduction de l'instrument. A cette ampoule est adapté un mince tuyau, logé dans l'épaisseur même des parois de la sonde, et dont l'extrémité supérieure vient s'ouvrir en dehors et au-dessus du pavillon. C'est là l'appareil bien peu compliqué, comme vous le voyez, qui permet d'établir sûrement le diagnostic. La sonde introduite en effet au moyen d'un mandrin flexible en baleine, j'injecte à l'aide d'une poire une certaine quantité d'air dans l'ampoule; celle-ci se dilate et, ainsi gonflée, obture complètement le conduit, œsophage ou trachée, dans lequel elle se trouve placée. Si c'est l'œsophage, rien d'extraordinaire ne se produit et le malade continue à respirer d'une façon complètement normale; si c'est la trachée, l'ampoule mettant un obstacle absolu à la circulation de l'air, rend brusquement impossible la respiration, et l'asphyxie survient aussitôt : la fausse route est certaine. Vite alors on détend la main, l'ampoule se dégonfle, on retire la sonde et on recommence à nouveau l'opération. Ce procédé, très simple comme vous le voyez, m'a toujours donné les mêmes résultats : signes négatifs dans les cas de cathétérisme normal, symptômes d'asphyxie instantanée dans les cas de fausse route dans la trachée.

En raison de ces avantages, et par ce qu'elle répond à un besoin réel, cette sonde mériterait, je crois, d'être conservée et employée, dans les cas tout au moins où le dia-

gnostic présente une véritable difficulté; sauf à y apporter plus tard des perfectionnements incompatibles avec un premier essai.

Messieurs, un dernier mot. Il y a deux tiers de siècle à peine, les malheureux sitiophobes mouraient encore d'inanition au bout de quelques jours, en face de la médecine impuissante à conserver leurs forces; aujourd'hui nous les nourrissons contre leur gré pendant un temps presque incroyable, et les cas d'aliénés sortis guéris après quinze et dix-huit mois d'alimentation artificielle ne sont pas si rares que chacun de nous ne pût au besoin en citer quelques exemples.

Ces magnifiques résultats prouvent combien est importante la question de l'alimentation forcée, et combien elle s'impose encore à nos recherches les plus attentives. C'est à ce titre, et toute question d'appareil mise entièrement à part, que j'ai cru devoir vous soumettre ces quelques réflexions; trop heureux si, après le peu que je viens d'en dire, la pratique des *lavages de l'estomac* et l'emploi *des peptones* chez les aliénés jeûneurs vous paraissent des problèmes assez intéressants pour être mis à l'étude, ou même pour être inscrits, dans un prochain avenir, à l'ordre du jour de vos séances.

Archives cliniques

44

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. J. CHRISTIAN

Paralysie générale chez un imbécile.

SOMMAIRE. — Imbécillité. — Accès d'excitation maniaque. — A trente-deux ans, congestion cérébrale isolée.— A cinquante-quatre ans, congestions fréquentes. — Paralysie générale. — Marasme. — Mort par suite d'hémorrhagie pulmonaire.

Parmi les aliénés que je trouvais dans mon service à Charenton, il en est un dont il m'a paru intéressant de rapporter l'histoire avec quelques détails. Ce malade présentait tous les signes de la paralysie générale arrivée à la dernière période. Il était gâteux, pouvait à peine marcher, criait beaucoup, riait aux éclats et paraissait très heureux. L'embarras de la parole était extrême ; le tremblement de la langue et des lèvres, tel, que l'articulation des sons était devenue presque impossible. Pupille gauche plus dilatée que la droite ; grincement des dents fréquent.

Plusieurs poussées congestives survenues dans le courant de 1879 et 1880 hâtèrent la déchéance physique et intellectuelle du malade, qui était tombé dans le plus profond marasme, quand, le 22 juin 1880, il fut pris de diarrhée.

Transporté à l'infirmerie, il y succomba brusquement le 2 juillet : en déplaçant le corps quelques instants après la mort, il s'écoula par la bouche une grande quantité de sang fluide.

L'autopsie, pratiquée le lendemain, révéla les particularités suivantes :

Crâne. A l'incision de la dure-mère, il s'écoule environ 200 gr. de sérosité sanguinolente.

Les méninges sont épaissies, parsemées de plaques laiteuses nombreuses et étendues; elles adhèrent intimement à la substance corticale, principalement le long de la scissure de Sylvius.

Le cerveau est petit, il ne pèse que 770 gr.; le cervelet pèse 130 gr.; les deux hémisphères cérébraux sont inégaux, celui de droite pèse 30 gr. de plus que celui de gauche.

Le tissu cérébral est flasque, gluant, s'affaisse sous son propre poids. Pas d'athérome des artères.

Thorax. Adhérences pleurales à gauche et à droite. Le poumon droit n'est pas altéré, le lobe inférieur du poumon gauche est réduit en un vaste foyer hémorrhagique; le tissu pulmonaire est refoulé en haut, et sur quelques points, comme disséqué; le sang épanché est rouge, fluide. Pas de traces de tubercule.

Le péricarde est distendu par 300 gr. environ de sérosité sanguinolente.

Le cœur petit, ratatiné, n'offre pas de lésions. Rien à noter dans les autres organes.

Les symptômes observés pendant la vie, les lésions constatées à l'autopsie, ne permettent aucun doute : il s'agit manifestement d'une paralysie générale, qui, par elle-même, n'a rien offert de remarquable.

Mais au point de vue de l'étiologie, elle offre une particularité extrêmement curieuse.

X..., né en 1824, avait été placé une première fois à Charenton en 1855, et il y était resté jusqu'en 1860. A cette époque, M. Calmeil le considère comme un imbécile, et en effet X..., dont la mère a été aliénée, et qui est resté orphelin à l'âge de trois ans, avait l'intelligence tellement bornée,

qu'il ne put jamais apprendre à écrire et qu'il n'arriva à lire que très imparfaitement. Dans son enfance, X... avait souffert d'une affection chronique du cuir chevelu restée rebelle à tous les traitements. A l'âge de quatorze ans, fièvre typhoïde grave qui dure 40 jours.

X... avait dû être placé à Charenton à la suite d'un accès d'excitation maniaque, il se calma bientôt, et pendant le peu qu'il resta séquestré sa tenue fut celle d'un faible d'esprit, généralement doux et inoffensif, satisfait de lui-même mais incapable de se conduire.

Je trouve notée au mois de mai 1856, une *congestion cérébrale*, c'est la seule observée pendant cette période et elle ne paraît avoir eu aucune suite immédiate.

La famille de X... le retira en 1860, et elle put le garder jusqu'en 1878. A cette époque il s'agite de nouveau, manifeste des idées de persécution, en même temps mon prédécesseur M. le Dr Saintyves signale un affaiblissement considérable de l'intelligence. Les congestions cérébrales deviennent plus fréquentes, et l'on voit apparaître une paralysie générale qui suit sa marche habituelle.

En résumé, il s'agit d'une paralysie générale survenue chez un imbécile. Je ne crois pas que le fait ait déjà été signalé. Cependant un observateur des plus distingués, M. le Dr Foville, m'a déclaré qu'il avait observé un cas semblable. On ne voit pas d'ailleurs pourquoi l'inflammation méningo-encéphalique, qui produit la paralysie générale, ne surviendrait pas aussi bien chez un faible d'esprit que chez un homme jouissant de toutes ses facultés.

Quel est le rôle joué par les congestions cérébrales ? Une première congestion, survenue en 1856, alors que le malade avait 32 ans, paraît n'avoir eu aucune suite fâcheuse. Il n'en survint plus jusqu'en 1878, mais à partir de cette époque elles deviennent fréquentes. Ont-elles été cause de la méningo-encéphalite, ou ne faut-il les considérer que comme des symptômes de cette affection ? La réponse va-

riera nécessairement suivant l'idée qu'on se fait du mode de développement de la paralysie générale.

45

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. MABILLE

Paralysie générale.

Sommaire. — Paralysie générale avec idées de grandeur et de satisfaction et troubles accentués de la motilité.—Traité avec succès par les bains et la suppuration prolongée.— Sortie avec disparition complète des symptômes au bout de trois mois de traitement.

G... (Jean-Baptiste), âgé de 39 ans, marié, fabricant d'arçons, est amené le 4 juin à Sainte-Anne, où M. le Dr Magnan constate qu'il est atteint de paralysie générale avec excitation et idées ambitieuses incohérentes. — Hésitation de la parole, inégalité des pupilles.

Le 7 juin 1880, il est amené à Ville-Évrard et M. le Dr de Lamaëstre délivre le certificat suivant : « Est atteint de paralysie générale; excitation, loquacité incohérente, idées de grandeur; il est poëte, musicien, artiste. »

D'après les renseignements recueillis, G.., qui a été chasseur à cheval, a commis des excès alcooliques et vénériens. Il n'a jamais eu la syphilis.

Depuis un an surtout, l'exaltation génésique s'était manifestée avec une grande intensité, au dire de sa femme. — On ne connaît pas de malades aliénés dans sa famille. — La maladie remonterait à plusieurs mois. — C'est un homme de taille robuste, beau, bien fait. Il est dans un tel état d'excitation qu'il est dans l'impossibilité de donner sur lui-même aucun renseignement.

Remuant sans cesse, parlant beaucoup, s'écoutant parler, il cause surtout de sa fortune, de ses projets ambitieux. Il est riche, possède 500 milliards, ramasse tous les cailloux

du jardin et nous les présente comme autant de diamants. Tout le monde l'estime ; il est admiré de chacun autant par sa beauté que par ses talents divers. Il est grand chanteur, dessinateur, peintre distingué ; de plus, il est physiquement le plus fort des hommes, capable à lui seul de renverser tous les obstacles.

La parole est embarrassée, les pupilles sont inégales, la droite étant plus dilatée que la gauche. Les membres supérieurs sont le siège d'un tremblement prononcé. La force musculaire est normale, mais la sensibilité est très émoussée. Au dynamomètre, Fd = 64, Fg = 60 ; pouls, 104 ; température normale.

Pendant les quinze premiers jours de son admission, G... chante nuit et jour ; il fait entendre les airs d'opéra les plus variés, en crée de nouveaux et s'admire chanter. Puis il veut réformer tout, prononce des discours à l'instar des grands orateurs, dessine des objets difformes et en fait admirer la beauté. Propos absolument incohérents. Le facies est rouge, les yeux saillants. Traitement : Révulsifs intestinaux. Bains de trois heures tous les jours.

15 *juillet* 1880. — Le sommeil est devenu meilleur, l'exaltation fonctionnelle continue néanmoins mais avec une moindre intensité. Quant aux phénomènes moteurs, ils apparaissent encore davantage depuis la diminution de l'agitation. Tremblement intense des muscles de la face, embarras de la parole, inégalité des pupilles.

Cet état se continue jusqu'au 15 août environ, puis l'agitation disparaît presque entièrement, laissant derrière elle les phénomènes somatiques accentués ainsi que les phénomènes psychiques de la paralysie générale.

Comme nous voyons la maladie arriver à la chronicité après avoir dépassé si rapidement la période congestive du début, nous appliquons à la nuque du malade un séton dont on entretient la suppuration pendant trois semaines.

Alors au bout des quinze premiers jours, on observe un

changement brusque dans les idées du malade. Quand on lui parle de ses trésors, de ses titres, de ses talents, il demande qu'on ne se moque pas de lui Il sait qu'il a dit une foule de choses déraisonnables, mais maintenant rien de cela ne le tourmente plus. Les sentiments affectifs reviennent avec énergie ; il reçoit avec un grand plaisir la visite de sa femme et de ses enfants. Les phénomènes moteurs s'amendent de jour en jour et les fonctions intellectuelles et somatiques s'exécutent chez G... aussi bien qu'avant sa maladie, quand le 10 octobre il est retiré de l'asile par sa famille.

Depuis nous n'avons pas eu de renseignements sur lui.

RÉSUMÉ. — Il s'agit probablement non d'une guérison vraie, mais d'une de ces rémissions qui surviennent parfois dans la paralysie générale.

Mais nous devons faire observer que les bains dans la période d'exaltation fonctionnelle ont donné dans ce cas d'excellents résultats ; puis, nous avons vu les phénomènes graves de la chronicité s'amender rapidement sous l'influence d'un séton placé à la nuque et de la suppuration déterminée par lui.

Nous ajouterons encore qu'après une atteinte aussi sérieuse, le malade a pu reprendre ses occupations sans qu'on ait pu constater dans son niveau mental un affaissement notable.

46

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. BAILLARGER.

Hallucinations de la vue chez un vieillard aveugle et qui avait été operé deux fois de la cataracte.

M. X..., âgé de 83 ans, d'une forte constitution, est atteint depuis plus de deux ans d'hallucinations de la vue dont il apprécie très bien la nature et qui reviennent par accès.

Voici dans quelles conditions ces hallucinations se sont produites:

Il y a quatre ans, M. X... a été opéré de la cataracte; l'opération n'a pas réussi ; elle fut renouvelée cinq mois après sans plus de succès. Cette seconde opération fut suivie de douleurs névralgiques très vives et qui durèrent huit mois. Ces douleurs ont été combattues par des frictions avec le chloroforme, la belladone, la vératrine et l'opium. Depuis lors, le malade a cessé de dormir à des heures régulières ; le sommeil a plus souvent lieu le matin et le jour que dans la nuit. Depuis lors aussi, des hallucinations de la vue surviennent par crises qui durent tantôt deux jours et une nuit, tantôt deux nuits et un jour. Pendant ces crises le sommeil est nul.

Il y a deux ans, M. X... a eu une congestion cérébrale qui a mis sa vie en grand danger. Après huit jours, les accidents avaient complètement cessé.

Tels sont les antécédents. Voici maintenant les détails que le malade donne sur ses hallucinations.

Pendant les crises, M. X... se voit entouré de fantômes qui s'approchent de lui armés de poignards mais sans jamais le frapper ; jamais non plus il ne s'est senti saisi par eux. Quelquefois il s'empare des poignards et les brise avec la plus grande facilité dans ses mains. Il raconte

qu'un jour il s'est endormi à la fin d'une crise, ayant cinq poignards appliqués sur la gorge, mais toujours, dit-il, — et il insiste sur ce point, — sans absolument rien sentir. Souvent il voit son lit rempli d'hommes et il explique ainsi pourquoi il refuse de se coucher quand il est en proie à ses hallucinations. Il lui arrive aussi de voir des précipices qui s'entrouvent sous ses pas.

Dans l'intervalle des crises, il a quelquefois des hallucinations d'une nature différente. Il voit, par exemple, une table dressée sur son lit et plusieurs personnes en train de dîner ; il prend des gâteaux et les porte à sa bouche ; mais, chose curieuse, en faisant cela, dit-il, je ne sens rien dans ma main et je ne goûte rien.

Ce fait rappelle l'observation si souvent citée de l'aïeul de Charles Bonnet. Il s'agit en effet, comme on le sait, d'un vieillard qui, opéré d'abord avec succès d'une double cataracte, redevint aveugle et fut atteint d'hallucinations de la vue dont il appréciait très bien la nature.

Il en était de même du malade pour lequel j'ai été consulté. Ce malade ne croyait point à la réalité de ses hallucinations.

Il importe de faire remarquer cette particularité curieuse de la limitation des fausses perceptions à un seul sens dans des conditions qui rendraient cette limitation difficile à expliquer si l'imagination était la seule cause du phénomène. Le malade brisait les poignards avec la plus grande facilité dans ses mains, non seulement sans ressentir aucune douleur, mais sans avoir aucune impression tactile ; de même il portait des gâteaux à sa bouche sans rien sentir dans sa main et sans éprouver aucune impression du goût.

Une dame rêve qu'elle est au piano, elle *voit* l'instrument, elle frappe les touches mais elle est très étonnée de n'entendre *aucun son*.

Tous les faits de cette nature tendent à démontrer qu'il faut bien réellement pour la production des hallucinations deux éléments ; l'une psychique et l'autre sensoriel.

47

OBSERVATION REPRODUITE.

Démonomanie et paralysie générale.

Certaines conceptions délirantes, de nature hypochondriaque, sont si fréquentes dans la forme mélancolique de la paralysie générale, et elles ont alors un caractère si spécial qu'elles aident souvent à établir le diagnostic. Cependant, dans beaucoup de cas, à ces conceptions s'en joignent d'autres qui appartiennent au délire mélancolique ordinaire. On a dit avec raison que toutes les formes du délire mélancolique peuvent se présenter au début de la démence paralytique.

Quand la démonomanie, devenue aujourd'hui très rare, était au contraire très fréquente, on a dû l'observer aussi au début de la paralysie générale, et presque toujours unie au délire hypochondriaque.

La production de ce délire est en effet singulièrement favorisée par l'idée de possession.

Le malade atteint du délire des persécutions attribue toutes ses douleurs aux maléfices de ses ennemis, mais ces ennemis sont plus ou moins éloignés de lui. Pour expliquer leur action à distance il est forcé de recourir aux plus étranges explications et de faire intervenir l'électricité et le magnétisme, etc.

Il en est tout autrement des démonomaniaques. Ici l'ennemi est dans le corps même du malade et rien de plus simple que l'explication des douleurs qu'il éprouve, c'est le

démon qui le brûle, le déchire avec ses griffes. De là une tension continuelle de l'esprit sur les sensations internes et la production du délire hypochondriaque.

Parmi les cinq observations de démonomanie, rapportées par Esquirol et qui ont été récemment rappelées par M. Cotard dans un intéressant mémoire, il n'y en a qu'une seule où le délire démonomaniaque fût associé à la paralysie générale. C'est cette observation que je reproduis ici.

J. B.

« J..., âgée de 48 ans, est dévorée par deux démons qui se sont établis dans ses deux hanches et qui ressortent par ses oreilles. Les diables lui ont fait plusieurs marques sur le corps; son cœur est tous les jours déplacé; elle ne mourra jamais quoique le diable lui dise d'aller se noyer. S... a vu les deux diables qui la possèdent ; l'un est jaune et blanc, l'autre est noir ; ce sont des chats. Elle met du tabac, du vin et surtout de la graine sur sa tête et dans ses oreilles pour conjurer le diable ; elle marche sans cesse nu-pieds, au soleil, à la pluie; en marchant elle ramasse tout ce qu'elle rencontre ; elle égare ses vêtements; elle mange beaucoup ; ses déjections sont involontaires, elle ne dort point; elle est sale, elle est maigre, sa peau est très-hâlée; elle n'a aucune suite même dans le système d'idées qui la préoccupent sans cesse ; elle articule les mots avec la plus grande difficulté. C'est bien là une *démonomanie qui a dégénéré en démence compliquée de paralysie.* »

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DU NOMMÉ

SEIZE

Inculpé de vol qualifié

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Cadillac, certifie ce qui suit :

Par ordonnance du 26 avril de M. Fabre de la Bénodière, président des assises de la Gironde pour le deuxième trimestre de 1879, j'ai été nommé expert à l'effet d'étudier et d'apprécier dans un rapport écrit, si dans le courant de l'année 1878 et actuellement, le sieur Léon Seize, accusé de vol qualifié et qui sera transféré à l'asile d'aliénés de Cadillac, avait et peut avoir la pleine possession de sa raison et de son intelligence.

Serment prêté entre les mains de ce magistrat, — j'ai commencé le jour même à la prison cette délicate opération par l'examen de l'inculpé, qui fut, dès le lendemain, envoyé à l'asile où je l'ai soumis à une surveillance rigoureuse de jour et de nuit, observé avec une attention sou-

tenue et fait observer par les principaux agents de mon service.

Exposition des faits.

Le 24 novembre 1878, la demoiselle Sabouroux, institutrice à Saint-Emilion, quitta son domicile vers deux heures et demie pour se rendre à l'église. A son retour, elle constata que les portes au rez-de-chaussée de sa maison, qu'elle avait eu soin de fermer, se trouvaient ouvertes. Un malfaiteur y avait pénétré en brisant un carreau de la fenêtre, avait enfoncé une porte au premier étage et avait soustrait dans la chambre de la demoiselle Sabouroux trois cents francs en or, deux billets de banque de cent francs, vingt francs en menue monnaie, une chaîne et un médaillon en or et divers objets.

Les soupçons se portèrent sur le nommé Seize, qui avait déjà été surpris dans la maison de la demoiselle Sabouroux quelque temps avant le vol; une perquisition pratiquée au domicile de ce dernier y fit découvrir des couverts en ruolz volés à la plaignante et que le prévenu avait enterrés dans le jardin. Seize prétendit avoir caché l'argent et les autres objets dans un parc à lapins ; mais ils n'ont pu être retrouvés. Il reconnaît s'être introduit à l'aide d'effraction et d'escalade dans la maison de la demoiselle Sabouroux. Il a une mauvaise réputation et passe pour un malfaiteur dangereux. — Attendu qu'il existe dès lors contre lui des charges suffisantes des faits qui lui sont imputés et qui constituent le crime prévu et puni par les articles 379, 381, 384 du Code pénal, la Cour déclare qu'il y a lieu à accusation, etc.

Lecture du dossier.

M. le juge d'instruction de Libourne a recueilli de nombreux témoignages d'où il résulte ce qui suit :

Seize commande sept mille mètres de plancher au char-

pentier Bicharette ; il veut bâtir une maison de 150 pieds de haut, comme le clocher de Saint-Emilion (témoin Laveau) ; une maison de 50 mètres de hauteur pour voir jusqu'à Libourne, avec salle à manger immense pour deux tables d'hôte et quarante chambres pour les voyageurs, et la terrasse de la maison sera plantée d'acacias et recevra un bassin assez vaste pour permettre aux quatre femmes qu'il a chez lui de s'y baigner à l'aise ; le tout sera illuminé à la lumière électrique (témoins : Cassat, plâtrier, et Madet, facteur). Le prévenu veut acheter la propriété d'une dame X..., y garder et nourrir la pauvre vieille dame après l'achat (témoin Desfossés, agent d'affaires). Il parle d'acheter la propriété de Mme Brachet (témoin Bicharette). Il offre une montre et une chaîne en or à Léger. Seize veut doter tout le monde (témoin Naugarède, buraliste). « Je serai conseiller d'arrondissement, » dit-il à Naugarède. — Le tailleur Nodet peu confiant, l'entend lui commander un habillement complet de cérémonie. Dabeaux, carrossier à Libourne, lui refuse adroitement le coupé et les deux chevaux qu'il vient lui acheter à tout prix.

Mais Seize n'a pas le sou, dit le facteur Modet, avec quoi payer tout cela ? Seize répond : avec 100,000 francs gagnés à une loterie de Paris (témoin Nodet, tailleur d'habits). Avec son argent hérité des colonies (témoin Bicharette). Avec l'argent déposé chez un notaire de Libourne (témoin Desfossés). Avec les 100,000 francs d'obligations au porteur de M. le Dr Barthe, qu'il assassinera le soir (témoin Cassat, plâtrier).

Singulier homme ! il a annoncé à diverses personnes son dessein de tuer quelqu'un dans sa commune pour voler son argent.

Vers deux heures du matin, il pénètre par escalade dans la cour de Mme Lafargue et cogne contre les contre-vents avec un hachereau. Pourquoi ? Il accourt, dit-il, au bruit de la cloche appelant au feu. Éconduit, il revient deux heures

après au secours, car, affirme-t-il, il a entendu crier à l'assassin; jeté de nouveau dehors, il revient encore vers six heures du matin demander, cette fois, de la part de M. le curé, du vin pour la messe de Monseigneur qui vient à Saint-Émilion. Interrogé sur ce fait, il avoue au maire la première visite, en maintenant le motif, et nie les deux autres (témoin M. Lavaux, adjoint au maire).

Quel rôdeur de nuit maladroit! repoussé d'une maison en émoi, il y revient deux fois dans la même nuit. — Quel imprudent! il le sera jusqu'au bout. Le même jour, Seize dit au facteur Modet et à Cassat son patron qu'il ira de nouveau chez Mme Lafargue et l'institutrice, qu'il tuera M. Barthe pour prendre l'argent de tout ce monde-là.

Tous ces propos ambitieux et coupables étaient tenus et ces actes perpétrés un mois environ avant le vol chez Mlle Sabouroux.

Qu'en pensent les témoins?

Analysons succinctement quelques dépositions : les uns regardent Seize comme un homme méchant, battant sa femme et les parents qu'il a chez lui, un paresseux voulant bien vivre. Ils croient avec Lavaux, adjoint au maire, et Modet, facteur, qu'il méditait un mauvais coup, en faisant le fou pour se ménager des circonstances atténuantes. Les autres disent : J'ai toujours connu à Seize un caractère bizarre, quoique beaucoup moins que dans le mois précédant le crime (Modet, facteur). Je ne puis affirmer si, en agissant ainsi, Seize était fou ou ne l'était pas (témoin Naugarède, buraliste chez qui il allait causer). J'ai remarqué néanmoins que par moments il n'était pas dans son état normal; cela durait très peu, mais ça se renouvelait souvent, je ne sais cependant si c'était naturel ou simulé (témoin Cassat, plâtrier, patron de l'inculpé). Desfossés, agent d'affaires, doute également de l'intégrité de ses facultés.

Le tailleur Nodet ne peut le prendre au sérieux. Le car-

rossier Dabeaux voit un fou dans Seize qui vient lui acheter un coupé et deux chevaux de luxe, disant ne pas tenir au prix.

Mais un témoignage d'une autorité plus grande est celui du Dr Faure ; « Dans les premiers jours de mon arrivée à » Saint-Emilion, dit-il, il y a dix-huit mois environ, Seize » qui était alors ouvrier peintre chez Léger, travaillait un » jour chez ma tante, il me consulta au sujet d'une gastrite » dont il souffrait et que je n'hésitai pas à attribuer à l'abus » des boissons alcooliques. — A une époque voisine du » vol, je le vis un jour chez Naugarède, je ne me rappelle » pas les propos qu'il tint alors devant moi, mais après » son départ, Naugarède m'ayant demandé ce que je pen» sais de lui, je lui répondis que s'il continuait à boire » comme il faisait, il deviendrait hébété. Cette réflexion » me fut suggérée par le souvenir de la consultation qu'il » m'avait demandée dans le temps, plutôt que par les » propos que je venais d'entendre. J'ai appris par la rumeur » publique quels étaient les propos qu'il tenait, ces propos » ayant tous des idées de grandeur et d'opulence qui s'ac» cordaient très bien avec les habitudes alcooliques pour » lesquelles je lui avais donné un conseil. Les habitudes » alcooliques pouvant aboutir à un moment donné à la » folie, il se pourrait que Seize *eût été fou* à ce moment ; » mais n'ayant pu l'examiner, je ne peux baser mon opi» nion à cet égard. »

Seize a commis le vol avec une présence d'esprit et une ténacité surprenantes.

Il est trois heures seulement de l'après-midi, et après avoir couru sur les toits, brisé un carreau, ouvert la fenêtre et gagné l'escalier, la chambre haute, brisé la porte et fouillé les meubles, il est là commé chez lui, sans crainte et sans se presser ; aussi, sort-il ensuite dans la rue sans avoir peur d'être vu et avoue son crime.

Mis en prison, il écrit entre autres choses que les tracas-

series de ses créanciers jointes à une gastrite accompagnée et suivie de l'impossibilité de travailler lui avaient bien dérangé la tête depuis le mois d'août. Il parlait de faire des constructions gigantesques et de payer avec les 100,000 francs envoyés par un ami d'Amérique; il voulait cinquante ouvriers pour la bâtisse, les héberger et faire cadeau à chacun des gendarmes d'un cochon et d'une barrique de vin, couronner rosière la fille du brigadier, construire un bateau à vapeur pour faire le tour de l'Europe avec sa femme et ses amis, acheter en Kabylie deux chameaux mâle et femelle pour labourer ses vignes; il allait distribuer cadeaux et dotations, — être conseiller d'arrondissement en attendant qu'il fût sénateur. Il commandait un habit de cérémonie pour étrenner son coupé, ses chevaux de luxe; pour faire visite à sa mère à laquelle il n'avait pas parlé depuis dix ans. — Il l'emmènerait avec sa sœur, les nourrirait à la maison et adopterait sa nièce. — Il voulait tuer M. Barthe et Mme Lafargue. — C'est, dit-il, ce qu'on lui a raconté. — Puis il parle d'une invention qu'il vient d'imaginer en prison : « Cette nuit j'ai eu l'idée d'une ma-
» chine nouvelle à deux cylindres et avec volant pour broyer
» les amandes destinées à faire la pâte des macarons (dont
» il a la spécialité); j'en fabriquerai cent douzaines par
» jour, cinq demoiselles iront chacune, avec une voiture,
» en vendre vingt douzaines sur les marchés; le clergé,
» la magistrature, le barreau, l'administration, les prin-
» cipaux négociants de la ville en recevront en échantillon
» une douzaine et les pâtissiers des dépôts; un bateau à
» vapeur de la force de soixante chevaux, jaugeant quatre-
» vingts à quatre-vingt-dix tonneaux, fera le tour de l'Eu-
» rope pour aller offrir une caisse de douze douzaines de
» macarons à chaque souverain, etc. »

« L'inculpé, disent MM. les Drs Gellie et Lafargue dans
» leur rapport écrit, ne cherche nullement à simuler la
» folie, et les faits extravagants avoués par lui, avant ou

» après le vol incriminé, ont été vérifiés par l'information
» et reconnus exacts. »

Ils concluent ainsi :

« De tout ce qui précède.....

» 1° Dans le courant de l'année 1878 et actuellement,
» mais surtout en novembre 1878, le sieur Seize ne possé-
» dait pas et ne possède pas encore l'intégrité de sa raison
» et de son intelligence ;

» 2° Cet homme est atteint du délire des grandeurs et
» d'opulence ;

» 3° Cet homme n'est pas responsable du fait de vol qui
» lui est reproché. » Bordeaux, le avril 1879.

La femme de Seize est venue le voir à Cadillac ; elle m'a donné ces renseignements : « Etant au service, mon mari
» a été malade, on lui a appliqué de nombreuses sangsues
» autour de la tête ainsi que la camisole ; c'est ce qu'il m'a
» dit aussitôt après notre mariage, à l'occasion d'une con-
» trariété. — La grâce que je vous demande, ajouta-t-il,
» c'est celle de ne pas me contrarier, je ne me connais pas
» dans ces moments-là, je vous jetterais quelque chose à
» travers, ce serait malheureux pour vous et pour moi ; je
» m'en repentirais. Au service, cela me prenait par mo-
» ments; si c'est Seize qui a fait cela, disaient mes chefs,
» ça ne nous étonne pas. Le médecin du régiment avait
» dit : il n'y a rien à faire quand Seize est dans cet état.
» — A la maison, mon mari pleurait comme un enfant
» après ces contrariétés. Plusieurs fois par mois, il avait
» des accès d'emportement et brisait ce qui se trouvait
» sous sa main, puis il pleurait à chaudes larmes d'avoir
» mal fait.

» Il avait dans ses crises les yeux retournés, hagards ; les
» voisins demandaient s'il était fou.

» Au commencement des trois derniers mois, le voyant
» préoccupé par rapport à sa maladie, je lui donnais des

» livres pour le distraire et le retirer de sa tristesse : c'é-
» tait des ouvrages de Voltaire, je crois, qu'on lui avait
» prêtés.

» Deux mois avant l'affaire Sabouroux, la locataire me
» conseillait de le mettre dans une maison de santé.

» Il ne passait pas pour un ivrogne et ne buvait pas plus
» de une ou deux fois par mois (vin blanc).

» C'est mon cousin, il est de bonne famille, mais un de
» ses oncles serait *mort de paralysie* ; je ne puis affirmer
» si son père ne serait pas mort de cette affection.

» Marié en 1870, mon mari travaillait dans le café ; il se
» livrait à des actes d'emportement, son attitude éloignait
» tous les clients. Il y a trois ans, le café loué, il se mit
» plâtrier et travaillait quand sa maladie, d'entrailles le lui
» permettait.

» Dans les derniers temps, il allait chercher des châteaux
» en Espagne (*sic*), il voulait faire voyager sa famille sur
» l'eau, lui faire faire le tour du monde, acheter un bateau
» et une voiture de 12,000 fr. Il est même allé chez le
» carrossier qui a dit après : Seize est fou. Il ne pratiquait
» pas sa religion. Dans ces derniers temps je me disais en
» pleurant : quel malheur, il va devenir tout à fait fou !
» Que ferons-nous ? La nuit il frappait à chaque instant le
» lit, sifflait, parlait de sa bâtisse, etc.

» Après le vol il est sorti de chez Mlle Sabouroux dans la
» rue, devant tout le monde. L'ancien adjoint au maire,
» M. Gaudichon, a dit tout de suite : ah ! je le savais bien,
» Seize n'avait pas la tête à lui. Le commissaire m'aurait
» dit : tout le monde me parle comme le carrossier : Seize
» est tout à fait fou.

» Mon mari me parlait bien souvent de la salle de danse
» démolie trois ou quatre ans avant notre mariage (et non
» depuis, comme Seize l'a écrit en prison). Il me disait :
» écris donc si nous pouvons nous faire indemniser. »

Questionnée par moi au sujet de la difficulté que je re-

marque dans la prononciation, elle me répondit *qu'il blaisait.*

Il ressort évidemment des dépositions des témoins et des renseignements de la femme de l'inculpé :

1° Que dans le mois précédant le crime, il afficha des idées ambitieuses extravagantes ; qu'il proféra devant diverses personnes, sans retenue, malgré la remarque qui lui en était faite, des menaces d'assassinat et de vol contre diverses personnes ; qu'il mit plus de ténacité que de prudence dans la perpétration de ses actes répréhensibles ;

2° Que Seize a toujours paru méchant, emporté, mais d'un caractère bizarre ; que ses propos et ses actes dans le mois précédant le vol firent douter de l'intégrité de sa raison et de ses facultés ;

3° Qu'il avait été depuis sa jeunesse sujet à des accès d'emportement et probablement à des raptus sanguins vers le cerveau ;

4° Qu'il y aurait des antécédents héréditaires.

Examen direct de l'inculpé.

Seize présente à mon observation les caractères suivants : 40 ans, marié, catholique, plâtrier, instruction primaire. Forte constitution, taille 1m 66 environ, yeux gris, cheveux châtains, front large et assez élevé, crâne développé, sourcils peu prononcés, paupières fines, comme transparentes, nez droit et effilé, bouche moyenne, visage ovale peu allongé, teint mat, regard sombre et intelligent, tempérament lymphatico-sanguin.

Cet homme fut soumis à un interrogatoire de chaque jour ; mais je crois devoir épargner à MM. les magistrats la lecture fastidieuse des demandes et des réponses recueillies pour m'aider à jeter du jour sur une question à la fois si délicate et si pleine d'obscurité.

L'observation tout entière nous montre Seize variant

beaucoup dans ses manières d'être : il apparaît, soit paralysé général, soit lypémane, soit maniaque, soit dément ou imbécile, et fait penser à l'épilepsie ou à la congestion épileptiforme.

1° En présence des idées ambitieuses relatées plus haut, mon attention se porte tout d'abord du côté du délire des grandeurs, de celui en particulier que présentent les aliénés atteints de paralysie générale progressive. Dès ma visite à la prison de Bordeaux, j'avais été frappé de la parole un peu hésitante de l'accusé à certains moments de la conversation.

Bientôt le délire ambitieux, réel ou simulé, me parut offrir certains caractères propres à celui qu'on observe le plus souvent dans la paralysie générale progressive des aliénés et non à la mégalomanie sans complication, où l'air du malade est digne et imposant, où les manières sont hautaines, les projets, les conceptions délirantes se développent dans un petit cercle, se suivent avec ensemble et présentent de la fixité.

Je me disais donc : la solution du problème doit être là ; c'est là que doivent tendre tous mes efforts ; Seize, à la parole hésitante, aux idées ambitieuses, est probablement paralysé général. Je me le disais encore lorsque des idées extravagantes, roulant principalement sur les constructions, cessèrent peu de jours après l'entrée de cet homme à l'asile de Cadillac.

Privé de ce fil d'Ariane, je ne perdais pas de vue les signes physiques, sachant que la paralysie s'accompagne souvent d'autres formes de maladie mentale : de phases mélancoliques, d'excitation maniaque et de démence primitive. Je m'attendais à voir surgir de nouveau des idées ambitieuses de ce fond de tristesse habituelle du sujet, de ses conceptions lypémaniaques. Le 12 mai, elles reparaissaient pour disparaître le jour même, il est vrai ; mais nous les retrouvons encore le 8 juillet. Ce jour-là, Seize me dit :

« Je veux aller voir Mme Lafargue, je lui ai acheté sa pro-
» priété ; je veux vous faire voir mon casier judiciaire. Je
» n'ai subi aucune condamnation, j'ai été gracié de tout.
» Mlle Maly (Sabouroux) a été volée, on lui a trouvé son ar-
» gent qu'elle avait caché derrière un... (meuble), et vous
» comprenez elle a été condamnée pour vol. Le docteur
» (M.Barthe sans doute) m'a fait don de 15,000 fr. »

L'inculpé disait tout cela d'un air réjoui, animé, parlant très vite et sans hésitation. Ce matin-là, il n'a pas voulu manger ; menacé de la bouche d'argent, il s'est jeté sur le gardien chef du quartier.

Dès le commencement de l'observation, je constatais des signes physiques, tels que : dilatation inégale des pupilles, tremblement fibrillaire de la lèvre inférieure, des répétitions, des arrêts dans la prononciation ; puis des crampes, des douleurs, du tremblement ayant pour siège les membres inférieurs, ainsi :

29 *avril*. Pupille gauche plus grande que l'autre. Au moment où, projetée en dehors, la langue rentre dans la bouche, la lèvre inférieure présente des mouvements fibrillaires. Lenteur de la prononciation, répétitions des monosyllabes. « C'est... c'est... c'est... tout... que... que
» je n'ai... je n'ai eu que... que cela. » En comptant, hésitation à : 37, 50, 60, 75, 80, 90.

30 *avril*. Même inégalité pupillaire. (Elle durera telle jusqu'au 9 juin.)

1er *mai*. Répétitions : « Ma... ma femme que... que deux
» cigar... cigarettes. Je... je fais mes prières le... le jour
» de l'anniversaire de la mort de Louis XVI... et je... je m'ap-
» pelle Seize, c'est une fatalité... Ma femme vendait des
» marrons... je... je me trouve bien ici. »

3 *mai*. Fixité extraordinaire du regard.

6 *mai*. « Je suis tout tremblant, dit-il, je ne puis me te-
» nir debout. Il... Dieu me... me... me dit de le prier. »

9 *mai*. Il pense à sa famille : « J'ai une famille, allez ,

» j'ai une épouse, une mère qui font l'objet de mes pen-
» sées de tous les jours. » (Ceci est rapporté comme dit un peu sur un ton emphatique et de satisfaction que l'on trouve chez certains paralysés généraux.) Seize essaie de pleurer, mais les larmes ne viennent pas. De temps en temps répétitions de mots monosyllabiques.

11 *mai.* « Que... que... que l'on me juge, *je ne suis*
» *pas fou* (il pleure). »

24 *mai.* Seize se plaint de crampes qui, de quart d'heure en quart d'heure, lui parcourent les jambes.

29 *mai.* Il présenterait une grande faiblesse des jambes. En comptant il répète bien des fois le même nombre et paraît ne pas pouvoir aller au delà de 20.

7 *juin.* La pupille gauche est moins dilatée qu'elle ne l'a été jusque-là, mais encore plus cependant que la droite. « Oh ! oh ! (la dernière exclamation est émise sur un ton
» plus haut et en traînant), on aurait bien pu m'acquitter.»

24 *juin.* Je le fais compter jusqu'à cent et je ne remarque aucune hésitation, il dit seulement 40 au lieu de 50.

2° Seize présente des idées lypémaniaques, des hallucinations des sens.

27, 28, 29 *avril.* Pratiques exagérées de dévotion. Le prévenu passe la plus grande partie du jour à prier dans un paroissien. Aspect mélancolique.

1er *mai.* Rapprochement d'idées tristes : « Je me suis
» marié, dit-il, le jour de l'anniversaire de la mort de
» Louis XVI et je m'appelle Seize, c'est une fatalité. »

4 *mai.* Pleurs, inquiétude, il préférerait faire sa peine après avoir passé aux assises, afin de savoir à quoi s'en tenir, tandis qu'ici il est incertain de son avenir.

7 *mai.* Il voit Dieu ; le 8, il le voit encore, Dieu est comme un autre homme, il lui dit de prier.

10 *mai.* Il a eu aux colonies le choléra, la fièvre, la jaunisse, le scorbut.

13 *mai.* « Je vois le bon Dieu, dit-il, il a l'aspect d'un

» homme vêtu d'une robe de lin portant une écharpe. Il
» paraît avoir 40 ans, ses pieds et ses mains sont percés,
» sa voix est agréable et sonore, il me dit de prier et de
» me repentir. »

19 *mai*. Parle toute la journée. — Seize dit : « J'ai fait
» un grand pas dans le malheur, une voix inconnue vient
» de m'apprendre qu'on a passé aux assises pour moi et
» que j'ai été condamné à vingt ans de galères et à quatorze
» ans de réclusion. » — Un instant après, il dit que sa
femme a été obligée de porter 250 francs au greffe de la
prison; quand on lui demande comment il le sait, il répond :
« J'en viens à l'instant même. » Le même jour il dit encore :
« J'ai mon pain assuré pour le reste de mes jours, car je
» viens à l'instant même du tribunal et on m'a dit que je
» venais d'être condamné à cent un ans de travaux forcés et
» ma femme à quatre ans de prison, pour complicité dans
» mon affaire. »

20 *mai*. Seize tient à peu près le même langage.

22 *mai*. Même attitude et mêmes paroles.

30 *mai*. A la ronde de nuit, Seize dit au surveillant en
chef : « La mort vient de me frapper sur la figure : elle a
» 1,000 pattes et la figure noire. »

D. Comment le savez-vous ?

R. Je l'ai lu dans un livre d'astrologie étant soldat.

Il s'arrêta en comptant, disant que le maire de sa commune lui a coupé la veine du cœur.

1er *juin*. Il prétend que sa femme est morte ; sa tante,
qu'il croit ici à l'hôpital des femmes, le lui a dit.

2 *juin*. Air inquiet. — Toute sa famille est en prison.

8 *juin*. Seize s'exprime ainsi : « Que voulez-vous que
» je vous dise ? il valait bien mieux me laisser dans ma cel-
» lule, car j'ai été condamné aux travaux forcés à perpétuité,
» j'aurais préféré la mort. »

D. Répétez ces paroles.

R. « Si on m'avait laissé dans ma cellule je n'aurais pas

» fait le coup que j'ai fait. J'ai tué une femme parce qu'elle » m'avait pris cent francs et les boucles d'oreilles de mon » épouse. Je croyais même qu'on me guillotinerait. »

20 *juin.* L'accusé mange très peu, goûte à peine son pain et jette le reste dans sa cellule.

26 *juin.* Il n'a pas d'appétit et mange très peu. On lui en demande la cause, il répond qu'il a peur d'être empoisonné.

28 *juin.* Seize est couché et refuse de manger. Le pouls cependant est satisfaisant et la langue naturelle. Il me dit sur un ton plaignant : « Oh! oh! vous m'empoisonnez, » si vous ne m'empoisonnez pas je pourrais manger. »

30 *juin.* Je l'observe par le judas, le matin à ma visite; je le vois couché, parlant seul et avec volubilité, la face en l'air, le globe de l'œil tourné vers le haut. — Des sons plus ou moins articulés sur le ton plaintif habituel arrivent peu distincts jusqu'à moi. L'inculpé porte tantôt les mains sur la tête, qu'il frotte, et tantôt sur la bouche; une fois dans le vide, comme s'il voulait saisir quelque chose. Il a fait moins de difficultés pour manger quelque peu ; mais il croit toujours au poison. La porte de la cellule ouverte, il dit qu'il veut rester couché et demande à prendre sa place, car on est sorti sans lui.

2 *juillet.* Seize ne mange qu'après avoir été menacé de la sonde œsophagienne, je le vois par le judas marcher sur les quatre membres, en parlant avec volubilité.

4 *juillet.* Interrogé par moi, il s'avance les poings fermés, me menace et me frapperait sans la présence des gardiens, me traitant d'empoisonneur, etc... Le gardien chef a été menacé de la même manière lorsqu'il est venu lui offrir à manger. Le 5, le 6 et le 8, mêmes idées d'empoisonnement.

3° Calme jusque-là, Seize offre de l'excitation maniaque.

23 *mai.* Ce matin tout est en désordre dans sa cellule;

les draps de lit, les couvertures sont souillés d'ordure.

29 *mai*. Cette nuit l'inculpé a couché sur un matelas et frappait violemment la porte disant ne savoir ce qu'il faisait Le matin, sans le gardien qui l'arrête, il se précipiterait sur moi, les yeux fixes et menaçants, disant : « Je suis dangereux. » Rentrez dans votre cellule, lui dis-je ; mais il fait semblant de ne pas comprendre, je suis obligé de répéter plusieurs fois la même chose.

7 *juin*. Paroles inintelligibles.

9 *juin*. Gâteux, il s'est barbouillé la figure d'excréments ; quand le gardien est entré dans la cellule, Seize s'est précipité aussitôt sur lui et l'a saisi à la gorge sans provocation, en disant : « Ton dernier jour est arrivé, etc .. » Au moment du réveil, la cellule est en désordre, la paillasse d'un côté, les draps de lit de l'autre souillés d'ordure, le vase de nuit renversé.

12 *juin*. Excitation nocturne.

17 *juin*. Au moment de ma visite, Seize est levé et paraît calme, et dès qu'il nous voit, il change d'attitude et prononce des paroles incohérentes.

10 *juin*. Propos incohérents.

24 *juin*. Excitation assez vive, débite des paroles sans suite et prononcées à haute voix.

4 *juillet*. Accès de fureur contre le médecin en chef et le gardien.

8 *juillet*. Très excité, crie après M. Lafargue, frappe violemment la porte, brise son vase de nuit, pousse le gardien, cherche à le mordre en le traitant d'assassin, d'empoisonneur et menace un des internes avec le poing en l'invectivant et disant : « Je veux sortir d'ici et vous me retenez. »

4° Jusque vers le 23 mai, on n'avait pas remarqué la dépression des facultés. A partir de cette date Seize paraît affecter de nous répondre, d'agir d'une manière niaise, et de donner des signes de démence ou d'imbécillité.

29 *mai*. Agité la nuit, il prétend ne pas savoir ce qu'il fait, il se jette sur nous, à différentes reprises, d'un air égaré et inconscient qui ne trompe personne de l'assistance.

31 *mai*. Il fait l'imbécile; si on lui dit de prendre une position, il en prend une autre et finit par obéir.

9 *juin*. Il se barbouille la figure d'excréments.

10 *juin*. Il se dit imbécile.

Voilà tout ce que nous avons vu se rapprochant le plus chez lui de la démence.

5° Il y aurait des présomptions d'épilepsie ou d'attaques épileptiformes.

9 *juin*. Le gardien chef, entrant le matin dans la cellule, a remarqué une contusion à l'angle externe de l'œil gauche de Seize qui, aussitôt la porte ouverte, s'est précipité sur lui sans aucune provocation et le saisit à la gorge en lui disant : « Ton dernier jour est arrivé puisque tu ne veux » pas me laisser sortir. » Un des gardiens a été obligé de les séparer. Au moment du réveil, la cellule était en désordre comme nous l'avons dit plus haut. Les draps de lit, souillés d'ordure, se trouvaient d'un côté, la paillasse de l'autre, le vase renversé. — A ma visite du matin, je constate, outre des ecchymoses à la face, que la pointe de la langue est excoriée et présente l'empreinte des dents. Seize me dit que des malfaiteurs sont venus la nuit dans sa loge pour l'assassiner ; puis le dialogue suivant s'établit entre nous.

D. Pourquoi faites-vous le fou?

R. Parce que je croyais faire diminuer ma peine. — Vous croyez qu'on ne m'a pas bien attrapé en me condamnant pour la première fois à quatorze ans de réclusion.

D. Vous faites encore le fou?

R. Non.

D. Pourquoi l'avez-vous fait?

R. Je l'étais.

D. Et maintenant?

R. Je suis imbécile.

D. Pourquoi faites-vous l'imbécile?

R. Eh bien ! je veux m'en aller faire ma peine, je ne fais pas d'ailleurs le fou, oui, cela ne m'a pas réussi... Ah! on aurait bien pu m'acquitter!

D. Toutes les maladies que vous avez simulées sont bien peu conformes à l'original?

R. Eh bien ! que l'on me .... à la porte.

Je lui dis ensuite : Il vous serait plus avantageux en effet de faire votre peine, de cette façon vous pourriez ensuite vivre heureux chez vous. Il me répond : « Oh ! oui, car je ne suis pas un malfaiteur. »

28 *juillet.* L'infirmier raconte que Seize aurait eu une attaque, il l'a trouvé couché sur son lit sur le côté gauche, il tremblait de tous les membres ainsi que de la bouche qui fut la dernière à perdre cet état d'agitation. Les yeux se sont d'abord ouverts puis refermés et l'assoupissement s'empara du malade que j'ai trouvé quelques heures plus tard, au moment de ma visite, couché et atteint d'un léger coma.

DISCUSSION

Seize a présenté une dilatation inégale des pupilles, des mouvements fibrillaires de la lèvre inférieure, de l'embarras de la parole, des crampes, des douleurs, une grande faiblesse dans les membres inférieurs, et des idées soit de grandeur soit de tristesse, de l'excitation maniaque, des actes dénotant la démence, enfin il a donné lieu à vous poser la question d'épilepsie.

Est-il atteint de paralysie générale progressive des aliénés?

Nous avouons voir de nombreuses dissidences entre les signes physiques susénoncés et ceux que nous remarquons chez nos paralysés généraux.

La dilatation inégale des pupilles a existé et elle existe encore; mais la pupille gauche a toujours été plus large que la droite, de sorte que ce symptôme nous échappe réellement pour le diagnostic.

Les répétitions portent sur les mots monosyllabiques plutôt que sur les syllabes des mots qui en comprennent plusieurs. Chez Seize, il y a parfois des arrêts complets dans la prononciation. Il ne peut, dit il, articuler et aller au delà. Certains paralysés généraux présentent ce phénomène, mais d'une manière bien moins sensible, même lorsqu'ils sont arrivés à la dernière période.

L'embarras de la parole qu'il offre à mon observation me paraît varier beaucoup plus soudainement et souvent que chez les paralysés généraux ordinaires. C'est ainsi qu'un jour en comptant il répète bien des fois le même nombre, comme s'il ne pouvait aller plus loin que 20 (chose que je ne constate pas sur huit de mes paralysés généraux pris au hasard, dont cinq sont arrivés à la dernière période de leur affection); tandis qu'une autre fois, il s'arrête peu ou pas pour aller jusqu'à cent. Ce qui se passe le 24 et le 25 juin, et depuis lors, l'embarras de la parole loin d'augmenter se montre moins fréquent et moins accusé que dans le commencement.

Le tremblement fibrillaire de la lèvre inférieure a été remarqué peu de jours, et pouvait tenir à l'émotion de l'accusé placé dans un nouveau milieu.

Chez les paralysés généraux, à la première et au commencement de la deuxième période, il n'y a pas faiblesse musculaire des membres, mais un simple défaut de coordination dans les mouvements; ce défaut s'accuse aussi bien dans les bras que dans les jambes, tandis que Seize n'offre rien de semblable : ses mouvements sont habituellement coordonnés. Alors qu'à quelques reprises, il présentait dans les jambes la faiblesse, la vacillation de la troisième et dernière période de la paralysie générale, ses

membres supérieurs n'offraient rien de particulier. Quant aux crampes, les douleurs dans les jambes, il s'en est plaint deux ou trois jours seulement; du reste, on ne les observe guère jamais que dans le commencement de la maladie; tandis que sa parole et la faiblesse de ses jambes dénotent la dernière période. Quelle que soit la forme mentale accompagnant la paralysie générale, il y a toujours à toutes les périodes un certain degré de l'affaiblissement des facultés : très léger au début, il devient extrême à la troisième période.

Je ne puis reconnaître chez Seize l'affaiblissement des facultés ou leur anéantissement à peu près absolu constituant la démence.

Ainsi, chez lui, la physionomie est intelligente et nous avons toujours été frappé du contraste existant entre elle et la nature des actes qui le rapprochaient le plus de l'hébétude intellectuelle. Seize a l'œil fin, le regard souvent oblique est observateur. L'inculpé ne perd aucun de mes mouvements, s'efforce en me regardant de pénétrer ma pensée, et jette parfois à la dérobée des coups d'œil où perce l'ironie. Le 29 avril, il lit dans sa cellule; mais ce n'est pas sans s'assurer de temps en temps si on l'observe. Très attentif à éviter tout ce qui pourrait le renseigner sur l'aliénation mentale, j'ai toute la peine du monde de l'empêcher d'étudier les autres malades, quand je le fais sortir de sa cellule pour prendre l'air. Ainsi donc, Seize a l'esprit observateur; mais il a de plus une mémoire heureuse, comme l'attestent les récits qu'il nous fait de sa vie antérieure. Il ne manque pas de réflexion pour éviter tout ce qui peut le compromettre. Plusieurs fois, pressé par nos questions, il gardait le silence, étudiant ses réponses. Nous avons remarqué bien plus d'une fois que, se trouvant à bout d'elles, il se jetait (pour s'échapper sans doute) dans des divagations. Il a du jugement : dans bien des circonstances il nous montre qu'il sait apprécier sa véritable situation et fait

preuve de discernement. C'est ainsi que pour ne citer qu'un exemple, le 1er juin, il demande à partir pour la maison centrale où il évitera, dit-il, la bastonnade infligée pour peu de chose aux galériens. Ou, si on veut, il ira dans un autre département exercer son métier de plâtrier; car il comprend qu'après son affaire (Sabouroux), il lui serait difficile de trouver de l'ouvrage dans la Gironde et surtout à Saint-Emilion.

Donc, chez l'accusé, les principales facultés sont conservées.

Seize est-il atteint d'épilepsie larvée ? En présence de la conservation du souvenir des actes qui le feraient supposer, je ne crois pas devoir m'arrêter ici à cette idée.

Est-il atteint d'épilepsie convulsive? Il n'en a nullement le facies; et du reste je n'ai observé qu'une seule fois certaines lésions qui pourraient permettre de penser à cette affection. Voilà ce que je disais avant la seconde attaque qui se manifesta le 28 juillet, après la livraison de mon rapport.

Mais il ressort des dépositions des témoins, des écrits de l'accusé, des renseignements fournis par sa femme et de ma propre observation qu'il a eu des idées délirantes, des hallucinations et qu'il en présente encore aujourd'hui.

Seize, sous l'influence de son caractère malfait et emporté, fit des mauvaises affaires. De maître d'établissement il devint simple ouvrier; il resta longtemps malade; le chagrin et (d'après la déposition du Dr Faure) des excès de boisson amenèrent chez lui un dérangement de la raison, auquel le préparait du reste un principe héréditaire. Il montra donc des idées ambitieuses qui disparurent quelques jours après son entrée à l'asile de Cadillac, mais revinrent le 12 mai et le 8 juillet.

J'ai observé chez lui un état mélancolique se manifestant d'abord par des pratiques religieuses s'accompagnant d'hallucinations de la même nature des sens, et bientôt par des

idées de persécution et d'empoisonnement avec refus de manger.

Cet état mental s'accidentait parfois d'excitation maniaque s'accusant au dehors par des démarches insolites, des courses nocturnes, et à l'asile par la turbulence de jour et de nuit, par des actes pleins d'extravagance et de véritables accès de fureur.

Conclusion.

De tout ce qui précède je crois pouvoir conclure :

1° Dans le courant de 1878, à l'époque du vol, Seize n'avait pas la pleine possession de sa raison et de son intelligence;

2° Il ne l'a pas encore ;

3° Il me paraît atteint d'une affection mentale, caractérisée par un mélange d'idées de grandeur, de persécution, d'hallucinations des sens accompagnant un état mélancolique;

4° Il n'est pas responsable du fait du vol qui lui est imputé.

PÉON.

Cadillac, le 26 juillet 1879.

NOTA. — Après la remise de ce rapport, Seize fut appelé le 5 août devant les assises de la Gironde et complètement acquitté comme irresponsable du fait de vol qualifié dont il avait à répondre.

Après l'attaque du 28 juillet suivie, dès le lendemain, de strabisme convergent de l'œil gauche, je suis porté à croire Seize sous l'influence de raptus sanguins au cerveau, qui se rattachent à l'hérédité et donnent lieu au désordre mental ainsi qu'aux troubles musculaires dont il a fait preuve. La dilatation plus grande et permanente de l'œil gauche serait le résultat d'un petit foyer hémorrhagique à la base de l'hémisphère droit, sur le trajet des nerfs moteurs.

Seize, réintégré de la prison à l'asile de Cadillac quelques jours après avoir été acquitté, continua à y présenter des signes d'aliénation mentale ; mais cette dernière était, peut-être, d'un ton plus varié, plus adouci, plus naturel que pendant le premier séjour à l'établissement ; car, avant son jugement, l'inculpé faisait songer à un *fou simulant la folie* ou exagérant ses symptômes.

Il est mort en décembre de la même année, par suite de sa gastro-entérite chronique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1880 (1)

Présidence de M. Legrand du Saulle

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le président donne lecture de la lettre suivante :

Monsieur le président,

Craignant de ne pas être à la séance au moment de la lecture du procès-verbal et de ne pas pouvoir prendre la parole à l'occasion du procès-verbal, je vous prie de bien vouloir communiquer le fait suivant, survenu dans mon service il y a trois jours.

Une malade nommée Ferg..., hallucinée, ayant des impulsions rapides, s'est emparée du trousseau de clefs de l'infirmière Lequéré, s'est précipitée sur elle, a appliqué violemment une clef sur la partie antérieure du cou en même temps qu'elle la serrait fortement et aurait peut-être étranglé cette fille si ses cris n'avaient fait accourir à son secours, et tout cela, parce que l'infirmière disait à la malade d'aller prendre un bain.

L'application de la camisole a mis cette aliénée dans

(1) Plusieurs membres de la Société se sont plaints de n'avoir pas reçu en épreuve les communications verbales qu'ils avaient faites. En général, on n'envoie d'épreuves aux auteurs que lorsqu'il s'agit de communications écrites ou de communications pour lesquelles des notes ont été remises aux secrétaires. Dans tous les autres cas, à moins qu'une demande spéciale ait été adressée à la rédaction, les procès-verbaux sont imprimés tels qu'ils ont été rédigés par les secrétaires annuels et adoptés par la Société. La Rédaction.

l'impossibilité de nuire et a fait rapidement cesser une lutte accompagnée de coups de pied et de coups de poing.

Il est bon que l'on sache à quels mauvais traitements sont exposés les gardiens des aliénés.

Veuillez agréer mes sentiments de considération distinguée.

AUG. VOISIN.

Correspondance imprimée.

Homicide imprévu : tentative de suicide. — Lypémanie hallucinatoire. — Etude médico-légale ; par les Drs Morselli et Angelucci.

Parricide. Etude médico-légale ; par MM. Morselli et Angelucci.

Sur les lésions de la circonvolution pariétale inférieure (lobule du pli courbe) en rapport avec la théorie des localisations cérébrales ; par le Dr Angelucci.

Constipation opiniâtre ayant duré trente-cinq jours chez un malade atteint de mélancolie cataleptique. Etude clinique ; par le D. Angelucci.

Etat mental d'un homme meurtrier de sa femme ; par le Dr Morselli.

Razon de la sin razon, 1er novembre 1880, publiée par le Dr Pujadas.

Présentation d'ouvrages.

M. LEGRAND DU SAULLE. J'ai l'honneur d'offrir à mes collègues et de déposer sur le bureau de la Société un exemplaire d'un nouvel ouvrage que je viens de publier et qui a pour titre : *Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire.*

La question si importante et si grave de l'interdiction n'a jamais été envisagée de la même manière par les magistrats et par les médecins. Elle a même donné lieu fréquemment aux plus fâcheuses dissidences. A mon sens, ce désaccord s'explique. Le magistrat a eu pour éléments d'appréciation les témoignages consignés au dossier et un seul interrogatoire du sujet à interdire, comme si l'aliéné était toujours semblable à lui-même ! Le médecin s'est appuyé sur la marche de l'affection mentale, c'est-à-dire sur les faits fournis par l'observation directe et prolongée du

malade. L'un a jugé d'après un point de vue général, l'autre d'après un point de vue spécial. Le magistrat et le médecin n'ont point été placés sur le même plan et ils n'ont pas vu la même chose.

Le livre que je présente en ce moment a eu précisément pour but de ramener le magistrat et le médecin sur un terrain commun et identique. J'ai montré au magistrat ce qu'est scientifiquement le sujet à interdire, et j'ai indiqué au médecin la position particulière qui peut être faite par la loi à un malade. La dissidence ne sera plus possible désormais.

Ainsi se trouve de plus en plus ouverte la voie de communication entre la médecine et le droit.

Depuis plus d'un quart de siècle, toute mon activité scientifique a été mise au service de cette idée : opérer en quelque sorte la fusion des deux sciences dans une série d'ouvrages pratiques, basés sur l'observation d'un grand nombre de faits à la fois médicaux et juridiques, et rendre facilement assimilables pour tous les questions scientifiques ou légales les plus disparates et les plus ardues. J'ai donc pris résolument à tâche, d'une part, de familiariser le médecin avec les formules obligées du droit, les exigences nécessaires des codes français et le respect dû aux lois, et, d'autre part, d'initier le magistrat et l'avocat à la connaissance des problèmes les plus sérieux et les moins connus de la médecine légale générale, de la clinique cérébrale et de la pathologie de l'intelligence.

L'idée était juste, et l'on me fait chaque jour l'honneur de me dire que l'entreprise, hérissée d'ailleurs de tant d'écueils, a pleinement répondu à des vœux jusque-là stériles.

L'*Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire* est basée sur soixante-treize observations disséminées dans le texte, et elle renferme des chapitres d'une grande importance : nécessité de l'interdiction dans certains cas déterminés ; interrogatoire et examen des aliénés; aphasie ; états intellectuels contestés ; état mental qui nécessite la nomination d'un conseil judiciaire, etc.

Tout en rendant pleine justice aux textes législatifs modernes et à la haute sagesse qui a inspiré notre incomparable code civil, j'ai tenu à présenter à la fin de cet ouvrage un tableau succinct et très net de la situation juridique des

fous et des incapables à l'époque romaine. Ce complément curieux, probablement destiné à être maintes fois compulsé, a été, de ma part, un sincère hommage rendu au génie des anciens. Dans l'espèce, si les anciens nous ont beaucoup appris, nous avons beaucoup retenu.

La responsabilité morale et la responsabilité sociale.

M. Dally. — Dans le discours que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société et que vous avez bien voulu écouter avec bienveillance, bien qu'il semblât sortir quelque peu de nos discussions habituelles, j'ai cherché à montrer que les vieilles notions de *punition*, de *vindicte sociale*, de justice absolue, de responsabilité morale et par suite tout ce qui s'y rattache d'habitudes métaphysiques devaient faire place à des conceptions plus scientifiques fondées sur la physiologie individuelle et sur l'étude des sociétés humaines, la sociologie.

Mon but était d'entraîner la Société médico-psychologique dans le mouvement de réforme pénale, qui, dans tous les pays aptes aux progrès, préoccupe activement l'opinion publique et qui, faute d'être dirigé par des hommes véritablement compétents, aboutit à de dangereuses utopies et ébranle singulièrement nos institutions fondamentales.

Vous n'ignorez pas en effet que pour beaucoup la négation du *droit de punir* est synonyme de *suppression de répression;* que pour d'autres la plupart des criminels sont affectés d'ostéite crânienne, d'arrêt de développement, d'atrophie ou d'hypertrophie cérébrale — à peu près indifféremment — et que le petit nombre de ceux qui restent constitue un groupe de victimes de l'organisation sociale, d'alcooliques, de satyres ou de monomanes. Qu'au fond de ces critiques il y ait une part considérable de vérité, je le sais et je n'ai pas été des derniers à déclarer qu'entre un homme poussé au crime par une organisation défectueuse et un autre homme qui y est conduit par un ensemble mésologique de circonstances sociales, il n'y a réellement aucune différence au point de vue de la fiction de responsabilité morale. Mais de là à affaiblir ou à nier la responsabilité sociale, il y a un pas immense que je n'ai pas franchi, mais qui l'a été et l'est chaque jour.

J'ai donc pensé qu'il y aurait grand intérêt pour la

science à mettre la question aux mains d'hommes qui, par la nature de leurs études et de leurs méditations, étaient investis d'une compétence, d'une autorité spéciales. L'alcoolisme n'était qu'une occasion d'entrer dans le débat et je me réservais d'en élargir les bases.

I

Cette tendance moderne à considérer tous les criminels comme des malades est d'ailleurs incontestable. Au congrès des sciences anthropologiques, M. Bénédikt (de Vienne) a pu étudier les cerveaux de 19 criminels décapités (soit 36 hémisphères) provenant des prisons de la Hongrie. Admettant comme prouvé que dans les cerveaux normaux le sillon de Rolando est séparé des autres sillons, il a trouvé au contraire, dans ces 36 hémisphères, 58 communications du sillon central de Rolando soit avec la scissure de Sylvius, soit avec les trois premières scissures frontales, soit avec le sillon interpariétal. Il trouve donc dans ce fait et dans quelques autres des rapprochements avec les « cerveaux de chats, de renards et de singes. » Dans 6 cerveaux, le cervelet n'était pas recouvert par les lobes occipitaux.

M. Bordier ayant, de son côté, examiné 36 crânes d'assassins français décapités a trouvé 42 lésions pour 100. *En outre*, il a constaté un certain nombre de scaphocéphalies, de plagiocéphalies et d'ostéites. C'est le crâne de Lacenaire qui offrait le plus grand nombre « de stalactites osseuses séparées par des espaces irréguliers érodés qui sont l'indice d'une circulation exagérée ». Il y avait là, d'après M. Bordier, les traces d'une *méningite* entre la dure-mère et la table interne. Présent à cette séance du congrès, j'avais cru devoir faire quelques objections très réservées aux remarques de MM. Bordier et Bénédikt et j'ai résumé mon opinion en disant que l'assassin était « le produit de son organisation et des circonstances au milieu desquelles l'individu naît et se développe. » On ne pouvait, ce me semble, contester des thèses trop tranchantes, avec plus de timidité.

Cependant M. Broca me répondit vivement que ses opinions différaient *entièrement* des miennes et que « les criminels n'étaient pas des hommes normaux (1). »

(1) Voyez le *Compte rendu sténographique du Congrès des sciences anthropologiques*. Paris, 1879.

Il ajouta qu'il trouvait consolant de penser que notre nature était bonne et qu'il faut en sortir pour devenir criminel. »

Enfin, dans une réplique un peu confuse, M. le professeur Bénédikt a déclaré, non sans quelque dédain, que c'était une question vidée que de savoir si les criminels ont une conformation défectueuse du crâne ; que des conservateurs éprouvés et même d'anciens ministres se sont déclarés pour « sa théorie » et finalement que la théorie des lois est tout opposée aux lois des sciences exactes.

Cette discussion qui avait pour auditeurs plusieurs centaines d'hommes distingués montre, on le voit, qu'il est temps de faire intervenir la physiologie ou, comme dit M. Bénédikt, la *Psychophysik der moral des Rechts* dans nos appréciations juridiques.

Si M. Bordier trouve 42 p. 100 de lésions crâniennes chez les assassins décapités, si M. Bénédikt constate 58 anomalies cérébrales chez 19 criminels hongrois, si M. Broca trouve que tous les criminels sont sortis de notre nature par une porte ou par une autre, on voit que le nombre des cas que M. Delasiauve et bien d'autres appellent des *crimes juridiques* n'est pas très éloigné du nombre total des condamnations. J'avoue, au surplus, que les quatre cinquièmes des criminels, qui n'ont pas été exonérés pour un des nombreux motifs de pathologie mentale qui ont été ajoutés à la démence prévue par le Code, eussent très bien pu l'être si l'on avait su, à l'aide de quelque endoscope lumineux, étudier les sutures, les stalactites et les communications anormales du sillon de Rolando !

Voilà donc sur les fatalités organiques que Broca trouvait « concluantes » l'opinion d'un certain nombre d'hommes éminents dans les sciences naturelles, sciences que M. Bénédikt assimile aux sciences exactes.

Mais à côté de la fatalité organique congénitale, il y a les fatalités organiques contractées ; la syphilis, l'alcoolisme, le traumatisme causent quantité de lésions cérébrales et de troubles mentaux. Exonérés aussi. Enfin il y a les fatalités sociales que tout homme soucieux de la logique mettra sur le même pied que les précédentes et qui faisaient dire à M. de Girardin : « La criminalité est le produit d'un état social sur lequel les peines n'ont aucune action. » Un criminel qui ne rentre dans aucune des

trente ou quarante catégories pathologiques énoncées ci-dessus, parfaitement sain d'esprit et de corps (ceux-là sont rares), ne commet toutefois pas un crime sans motifs, à la façon des rois de Dahomey, qui seraient bien surpris si on leur disait que cette coutume est criminelle de tirer à certains jours sur toute créature humaine qui passe, puisqu'elle leur est enseignée cette coutume et recommandée par les traditions les plus sacrées du royaume !

Les rares assassins qui paraissent indemnes de toute tare organique, répondent par leurs avocats que les circonstances qui les ont vus naître et grandir, l'éducation qu'ils ont reçue, les exemples qu'ils ont eus sous les yeux, leurs entraînements, leur imagination, etc., ils ne pouvaient pas aboutir à une autre fin. Ils ont parfaitement raison et la fatalité sociale est à mes yeux équivalente à la fatalité organique:

La criminalité est donc une fatalité.

Il n'y a donc aucune loi morale à lui appliquer.

Mais il y a des lois sociales qui sont fondées par la nécessité de protéger la société et sur l'utilité de soustraire le malade à sa propre direction.

Il y a donc lieu, encore une fois, de rechercher si, dans la recherche des bases du droit criminel, la médecine mentale nous fournit des solutions de nature à atténuer la criminalité.

La recherche des bases du droit pénal a été abordée par MM. Fournet et Delasiauve et résolue franchement par le premier, timidement par le second, dans le sens de la responsabilité *morale*. Il va de soi que M. Legrand du Saulle s'associe à cette conception, implicitement tout au moins, de sorte que mes trois honorables confrères, et pour des motifs un peu différents peut-être, se rencontrent dans cette conception: que la responsabilité juridique est fondée sur la responsabilité *morale*. Comme corollaire ils ajoutent que le rôle de la justice humaine est précisément d'apprécier la part de *moralité* des actes criminels et, par suite, à faire reposer ses décisions sur la justice absolue. Je soutiens pour mon compte que cette *moralité*, cette *justice*, n'ont pas de mesure véritable, qu'elles sont arbitrairement appliquées, grâce à des interprétations fort diverses, — spécialement dans la médecine mentale — et qu'il faut chercher ailleurs les bases du droit pénal; ces bases, Galien les a nettement formulées il y a dix-huit siècles, sont la dé-

fense sociale et l'intérêt même des coupables. La défense sociale est représentée par la loi et elle n'exige qu'une chose: c'est que les citoyens aient toujours présente à l'esprit la responsabilité *sociale* qui devrait pouvoir se confondre avec la morale, mais qui s'en sépare probablement sur plusieurs points. Je dis : *probablement*, car je suis de ceux qui pensent que la morale est une science à faire et qu'elle ne peut prendre son rang que quand les sciences biologiques seront plus avancées.

Responsabilité morale conduisant à la responsabilité sociale proportionnelle d'une part ; responsabilité purement sociale et défensive d'autre part, voilà les deux doctrines nettement posées. Ce n'est pas à dire que, dans la seconde, la morale soit purement chimérique, que la justice n'existe pas, ainsi qu'on interprète à tort ma pensée; c'est-à-dire que chacun comprenant morale et justice à sa façon, il nous faut chercher d'autres bases à la répression de la criminalité parce que, dans cet ordre d'idées absolues, aucune entente n'est possible entre les partisans des diverses morales révélées ou imaginées, non plus qu'entre les partisans de la morale naturelle, de la morale contractuelle, de la morale positive, etc. C'est là un premier point que je tiens à mettre plus pleinement en lumière, tout en m'abstenant de parler ici de la morale révélée bien qu'au fond la prétendue morale rationnelle ne soit qu'un écho des doctrines révélatrices et que M. Delasiauve procède de M. Fournet comme M. Fournet procède de J. de Maistre. Le désaccord fondamental est tel que, malgré de fréquentes tentatives, il a été jusqu'à présent impossible de fonder un enseignement de morale élémentaire et même d'écrire un manuel qui puisse être généralement accueilli.

II.

Selon notre très estimé collègue, M. Delasiauve, le sentiment qui naît de la croyance à la justice absolue et au libre arbitre est le plus sûr fondement de l'édifice social, « preuve philosophique à part ». Je le voudrais bien; mais que penser d'un sentiment dont rien ne vient prouver l'existence bien vague, et dont tout, au contraire, montre les contradictions? Est-ce que, sur chaque point de morale sociale, vingt partis ne se heurtent pas chaque jour, appelant aux armes pour soutenir leur thèse? Est-ce que la justice absolue de J. de Maistre est la justice absolue de J. J. Rousseau?

En quoi celle-ci ressemble-t-elle à celle de Machiavel et celle de Machiavel à celle de Platon? Que de gens sont salués de l'épithète de justes par une partie de la société contemporaine et jugés dignes d'une destinée d'otage par une autre partie? Que M. Delasiauve prenne la peine de s'entendre avec M. Fournet sur cet absolu et je me joindrai volontiers à eux. Mais à nous trois, je le crains bien, nous n'irons pas loin.

En tous cas, nous aurons quelque peine à persuader aux Allemands mis en scène par M. Delasiauve que leur cause n'était pas « juste » et de les détourner de leur fétichisme pour M. de Bismarck, lequel n'a jamais dit de sa vie que la force primait le droit, attendu que, dans sa pensée, son droit était tout aussi incontestable que sa force et que les deux allaient de pair. Qui décidera entre la « Justice » de M. Delasiauve et celle de M. de Bismarck, si ce n'est l'artillerie?

Que si d'ailleurs M. Delasiauve, grand partisan du progrès humain, et je crois, avec raison, voulait bien se rappeler de combien d'actes cruels, barbares et parfois en apparence aussi insensés que sanguinaires se compose un fait historique nécessaire au progrès, tel que la constitution de l'unité française, il trouvera sa justice absolue aux prises avec une condition nécessaire du progrès et il lui faudra opter entre le duché de Bretagne et le royaume de Béarn et la République française.

D'ailleurs ce sentiment de *justice* absolue, que M. Delasiauve attribue aux hommes, montre la rare bienveillance de notre collègue plutôt que sa clairvoyance. Quand il existe, il est généralement la résultante d'une satisfaction plus ou moins complète dans la distribution des faveurs du sort; on trouve juste d'être heureux mais la plupart des voyageurs, les premiers occupants, ferment volontiers les portières pour n'être pas gênés par les coudes de leurs voisins. Parfois le sentiment de la justice se confond avec les notions de droit civil ou de droit pénal répandues dans la société et renforcées par la présence du gendarme. Cette justice-là, la seule efficace, je pense, c'est celle dont MM. Abadie, Rochefort et F. Pyat se raillent si agréablement. Enfin il y a la justice du pauvre, du déshérité, de cette masse souffrant de tous les maux et qui attribue ses souffrances, non sans raison parfois, à l'égoïsme et à l'indifférence des « justes » satisfaits. Ceux-là, dans leurs aveu-

gles colères, affichent hautement, au nom de la Justice, leur résolution de faire table rase de la civilisation, monstrueuse à leurs yeux, à laquelle notre siècle a abouti, et mettraient le feu d'un bout à l'autre de l'Europe pour revenir aux cavernes et aux huttes du sauvage et du barbare, dans l'espoir de retrouver au moins l'égalité dans la misère n'ayant pu la trouver dans le bien-être.

Allons plus loin et reconnaissons que ce sentiment de justice, d'ailleurs emprunté par M. Delasiauve et ses amis à M. Fournet et à ses amis, ce qui permet de les rapprocher étroitement, est la négation manifeste de toute civilisation. Est-il juste, en effet, que les chevaux meurent sous le bâton, le bœuf sous le marteau? N'est-il pas révoltant de voir martyriser des êtres sensibles pour nos besoins et nos plaisirs?

Ici M. Fournet m'arrête et me fera honte de comparer les animaux à l'homme, car l'homme, image de Dieu, est pénétré d'un souffle divin; il est pourvu d'une âme immortelle et d'un grand nombre d'attributs dont l'énumération serait trop longue. Encore bien que beaucoup de théologiens aient discuté la question de l'âme des bêtes et celle des femmes, je n'insiste pas, je passe condamnation et j'admets que les brutes peuvent être torturées et massacrées alors que les hommes, d'une essence totalement différente et supérieure, méritent les égards philanthropiques, pourvu qu'ils ne soient ni hérétiques, ni juifs, ni infidèles, ni Mexicains, ni Péruviens, ni... enfin pourvu qu'ils soient bien pensants. Mais M. Delasiauve, qui est d'une autre église, admettra sans doute que la justice ne borne pas son domaine aux actes humains. Il sait bien que tous les êtres vivants sont, comme dit Montaigne, « soubs le visage d'une mesme nature ». Alors je demanderai avec lui, j'espère, la justice pour tous les êtres vivants.

J'avoue que, de toutes les religions qui ont orné et désolé le monde, la plus ancienne, la plus grandiose, la plus puissante, le brahmanisme m'a toujours séduit par le caractère élevé du respect de la vie, d'autant plus profond que l'animal est plus utile ou plus faible. Le poète de Namouna avait bien le sentiment bouddhique quand il estimait

> . . . . qu'un âne
> Pour Dieu qui nous voit tous, vaut autant qu'un ânier.

Mais notre question ne se limite pas aux ânes. Est-il juste,

reprendrons-nous, que des populations entières descendent chaque jour à six cents mètres pour arracher le charbon aux entrailles de la terre, exposées à toute minute à des explosions? Est-il juste que les filatures étiolent et déforment toute la jeunesse d'un canton, que la guerre défensive ou offensive, la mer enlèvent la fleur de la jeunesse d'un pays qu'il faut savoir défendre cependant. Est-il juste que les uns aient des professions agréables, faciles, salutaires, et que les autres traînent une existence languissante ; que des femmes, les unes soient vouées à la maladie, à la prostitution, les autres à toutes les joies de la famille?

Mais tout cela, c'est la civilisation, non telle qu'on la voudrait mais telle qu'elle s'est faite, la civilisation nécessaire. La civilisation, telle qu'elle est, est donc une injustice? Supposez donc une civilisation sans charbon !

Non, messieurs ! Non, ce n'est pas la notion sentimentale de justice qui fait la base de la morale pénale. Car il n'y a pas de justice dans la distribution des conditions des êtres, c'est-à-dire dans leur déterminisme.

Au milieu de ce fatras de sentiments, d'aspirations, de revendications, comme dit M. Delasiauve, — comme si l'on pouvait revendiquer un état de choses qui n'a jamais existé, — il y a la science sociale et c'est elle seule qu'il faut évoquer devant une assemblée de physiologistes qui savent que les sociétés humaines sont des organismes et non des édifices, et que l'on bâtit une maison, non un arbre. Avec la science sociale la justice peut trouver une définition et une base, mais non point ces absolus sentimentaux et contradictoires et qui aboutissent aux guerres civiles, mais simplement aux solutions positives d'un problème social.

Or le problème que nous discutons ici, le problème de la criminalité, est de premier ordre et il s'agit de savoir si ce que notre collègue appelle « une intimidation non moins impuissante que farouche » est de nature à prévenir, à enrayer la criminalité. Il s'agit de savoir si, pour des considérations psychologiques que M. Delasiauve déclare lui-même échapper à tout contrôle, il faut se traîner dans l'ornière des siècles et s'abstenir de rechercher un terrain solide pour le droit social.

Ayant écarté, sans les nier, la morale et la justice des bases du droit criminel, permettez moi d'essayer de montrer ici que seule la responsabilité sociale, responsabilité

de fait, reste en dehors de toute controverse. Nous avons une base positive : chacun est responsable de ses actes, voilà tout. Sous quelle forme, dans quelle mesure, en vue de quel but, autant de points secondaires que la science aura à élucider. Mais au moins qu'il n'y ait pas de discussion sur les faits et qu'un jury ne vienne pas dire contrairement à la vérité : « Non, l'accusé n'est pas coupable, » alors qu'aucun doute n'est possible sur l'accomplissement d'un crime, qui reste crime quand bien même le cerveau fût plus ou moins injecté, la pie-mère plus ou moins adhérente, le crâne plus ou moins épais et le pli de passage de la troisième circonvolution plus ou moins dessinée.

S'il m'était démontré qu'en procurant à tous les criminels une vie parfaitement heureuse, on éteindrait la criminalité, je n'hésiterais pas un moment à demander que l'on grevât le budget des sommes nécessaires à satisfaire jusqu'au moindre désir de ces « malades » ou de ces « victimes » du mécanisme social. M. Delasiauve voudra donc bien m'excuser de ce reproche de cruauté, de despotisme, qu'il m'inflige en termes sévères. Malheureusement je doute fort que cette solution philanthropique atteignît son but. C'est le contraire qui m'est démontré et, comme le but que nous poursuivons est l'extinction ou l'atténuation de la criminalité, le problème se pose sous la forme d'une simple expérience. M. Delasiauve déclare que l'intimidation est impuissante ? Ai je bien lu ? Mais il n'y a que cela de puissant! Niera-t-on les effets de la discipline militaire ? N'est-ce pas par l'intimidation, par la crainte d'un châtiment ou d'une pénalité quelconque que l'ordre est maintenu à bord d'un vaisseau ? Et dans l'ordre civil, croit-on vraiment que les citoyens s'astreindraient chaque jour à une foule de choses désagréables si la sanction pénale n'était pas là ? Croit-on que ce soit avec plaisir que nos jeunes gens abandonnent leurs foyers pendant cinq années pour servir la patrie ? J'ai vraiment quelque chagrin à devoir insister sur ce point et à me voir forcé d'écrire ici que, sans l'intimidation, c'est-à-dire sans le gendarme, le nombre des crimes décuplerait peut-être en quelques mois. C'est une vérité banale. Otez la responsabilité sociale, c'est-à-dire la répression comme le veulent quelques esprits chimériques, M. de Girardin, et M. Lesigne par exemple, et nous verrons où vous conduira votre responsabilité morale.

Ce n'est pas à dire que nous connaissions la loi des rapports exacts et constants de la répression et de la diminution des crimes; mais, si je transforme la supposition que j'ai émise tout à l'heure et si pendant quelques années on anéantissait par hypothèse les deux cents assassins criminels que fournit la France, on aurait probablement la satisfaction de voir diminuer d'année en année les hécatombes de « malades » et de victimes. Le bénéfice serait double : moins d'assassins et moins d'assassinés. C'est là du moins mon opinion et j'ai cherché à la faire mieux comprendre en poussant l'hypothèse à l'extrême.

Comment oser soutenir, en face de l'histoire de tous les temps et de toutes les races, que la répression est inefficace? Hélas ! N'a-t-on pas vu à la répression une efficacité suffisante pour empêcher pendant des milliers d'années que les idées les plus sensées, les plus simples, les plus conformes aux notions qu'acclame aujourd'hui la science sociale, se soient vues indéfiniment ajournées ? Il n'est pas jusqu'aux découvertes scientifiques les plus positives, — le bateau à vapeur de Denis Papin mis en pièces par les bateliers du Rhin et son auteur persécuté par les académies, par le grand Newton lui-même, — qui ne montrent l'efficacité, bonne ou mauvaise selon les circonstances,de la répression?

Est-ce que la Sainte-Inquisition et la Saint-Barthélemy n'ont pas été assez « efficaces » ? Est-ce que les superstitions religieuses, entretenues au sein de toutes les agglomérations humaines, n'ont pas été maintenues par la répression et avec elles le pouvoir temporel le plus absolument extravagant ? La question pour le moment n'est pas de savoir si la chose a toujours été mauvaise ou toujours bonne. La question est de savoir si, ainsi qu'on le prétend,la répression ou, comme on dit, la pénalité est inefficace.

Oui, elle est inefficace quand elle est incessamment contrecarrée dans ses applications par des interprétations négatives et que l'exemple, ce grand facteur de la moralité humaine et de la responsabilité sociale, n'apparaît plus aux yeux des hommes que comme un épouvantail imbécile qui s'effondre aux objurgations d'un habile avocat ; mais si la répression constante, régulière, inflexible, sans excuse ni circonstances atténuantes, était appliquée pendant quelques années,le sentiment de la responsabilité sociale se développerait au sein des groupes humains avec une prodigieuse

intensité, et ce sentiment suffirait, en l'absence de son maître, pour établir, je ne dis pas *rétablir*, l'ordre nécessaire. C'est une affaire de culture.

C'est à l'administration, c'est au gouvernement à traiter les condamnés selon les indications de la science mentale et de la science sociale. Que l'on étudie la question de l'amendement des coupables, que l'on utilise ce qu'ils peuvent offrir de bons instincts, de savoir, de travail effectif, je le veux; cela fait intégralement partie de l'éducation humaine et c'est l'affaire des hommes qui, par une étude soutenue de l'entendement et une longue expérience de la nature humaine, sont en mesure de prescrire le traitement convenable.

Mais il n'en va pas ainsi dans la doctrine de la responsabilité *morale*. Après une instruction à charge, secrète, et une mise en accusation régulière, on confie à des magistrats et à des jurés, dans une épreuve publique, la mission de déclarer, non que tel ou tel inculpé a ou non commis tel ou tel acte criminel, — tâche qui suffirait à leurs aptitudes, — mais s'il l'a commis en pleine possession de lui-même, avec ou sans conscience, avec ou sans excuse, avec ou sans circonstances atténuantes, avec ou sans libre arbitre, avec ou sans modification pathologique, avec ou sans antécédents héréditaires, avec ou sans intérêt actuel quelconque, avec ou sans passé judiciaire, avec ou sans chances de récidive, avec ou sans responsabilité morale, en un mot, voilà qui, magistrats et avocats entendus, rend la mission du jury d'une incomparable difficulté. Aussi bien, personne n'est-il content ? Quelle complexité dans le problème, quelle insuffisance dans les esprits !

M. Delasiauve n'hésite pas à appeler « victimes juridiques » des criminels trop fameux : les Rambaud, les Papavoine, les Menesclou, les Janson, les Jobard, et selon lui, toute exécution capitale est un acte d'accusation contre la société. D'un autre côté, mécontentement égal ; on s'étonne devant la prodigieuse inégalité des applications pénales : ici un accusé déclaré plusieurs fois irresponsable pour des faits du même ordre et finalement condamné comme responsable, comme s'il avait lassé la bienveillance des juges et des experts ; là, au contraire, une « rupture de ban », qui en fait n'est qu'un délit par définition, attirer de rudes condamnations. Puis toute la série des criminels « à

bande » condamnés à des peines très diverses pour des faits identiques et enfin la série des criminelles au vitriol et au revolver acquittées ou condamnées de la façon la plus fantaisiste selon que les jurés ont été plus ou moins *impressionnés.*

Et pourquoi ces dissidences, pourquoi ce contraste et ces contradictions ? Parce que l'on veut attribuer aux hommes la faculté de décider de l'absolu moral au lieu de le laisser dans le relatif social.

Les sociétés humaines, avec une inconscience peut-être égale à celle des sociétés animales, mais douées de facultés plus complexes, supérieures par suite, édictent des lois qui assignent à chacun des membres de cette société une fonction, des devoirs et pour quelques-uns des droits. Ces lois, d'après le cours des choses, se transforment, empirent ou s'améliorent selon les circonstances, et les circonstances s'enchaînent selon des règles dont nous cherchons la formule sans même l'entrevoir clairement.

Pour juger les lois, nous ne possédons aucun critérium indiscutable. Ceux qui croient représenter la justice éternelle et la vérité absolue, échappent, il est vrai, à cette sentence ; mais, comme leur crédit ne repose que sur leur affirmation, cette base est d'autant plus chimérique que, dépourvue de toute sanction humaine, elle s'égare dans la théologie la plus enfantine.

Ceux-là donc qui ont fait table rase des fictions et des mythes et qui ne croient ni aux buissons ardents, ni aux flammes éternelles, ni au purgatoire, ni au diable, doivent chercher une solution humaine aux problèmes que soulève la violation des lois, c'est-à-dire, à la criminalité. M. Delasiauve est de ceux-là.

Quant aux autres, ceux qui se croient investis « d'une délégation divine du droit de punir » (Lucien Brun), ils devraient résolument abandonner leurs vues dogmatiques et surnaturelles puisque le monde entier les abandonne peu à peu et que l'on commence à trouver exorbitante la prétention de quelques hommes à représenter Dieu lui-même sur cette terre, ce qui est commun au Dalaï-Lama, au Fils du ciel, au sultan des Osmanlis et à quelques autres somnambules paléontologiques.

Réunissons-nous donc pour trouver un terrain indiscutable, non pour les arrêts de la justice absolue, mais pour les

décisions de la médecine mentale et de la science sociale. L'exemple, la répression, l'intimidation sont des moyens excellents et ceux qui ne croient pas à leur efficacité méconnaissent les enseignements de l'histoire. Mais cela ne suffit pas ; il faut que dans la répression pénale il y ait une telle conformité, une telle régularité qu'aucun doute ne puisse s'élever sur la constance de la responsabilité sociale. Il faut éviter cet affligeant spectacle des saisissantes inégalités fondées sur le degré supposé connaissable et à la vérité insaisissable de libre arbitre, c'est-à-dire de responsabilité morale. Ainsi on pourra créer une véritable conscience consciente.

Puis, la loi ayant parlé, la médecine intervient ; c'est ici qu'il convient de faire des groupes de jeunes ou de vieux, de récidivistes ou de primicrimes, d'incurables ou de curables, de violents ou de paisibles, de faibles d'esprit et de raisonneurs, de conscients et d'inconscients, d'hallucinés, d'épileptiques, d'alcooliques, que sais-je? des groupes homogènes qui réclament des règlements ou des soins différents, des modes divers de responsabilité en un mot ; oui, il faut éviter ce pêle-mêle barbare qui jette dans la même chambrée les plus disparates des êtres, de façon que, grâce à cette promiscuité, bons ou mauvais, égarés ou vicieux, coupables ou innocents (car il en est), malléables ou endurcis, se façonnent à la manière des races humaines de toute provenance qui seraient jetées dans une même île et qui deviendraient un jour une sorte de race composite. Ici vous créez la race du criminel avec son langage, son organisation, ses héros, sa littérature, ses journaux et, le dirai-je, cette sorte de popularité malsaine que lui valent les incidents d'audience et les plaisanteries du prétoire. Ah ! de grâce, évitez-nous ces spectacles, ces débats prolongés, ces effets d'audience, cet étalage de cynisme accueilli par le rire, les représentations et les pamphlets à sensation, évitez-nous ces mœurs criminalistes, cette débauche crapuleuse et cette odeur d'absinthe et de sang.

Dans son beau livre sur *la Science sociale contemporaine* M. Alfred Fouillié a signalé dans les termes suivants l'importance de la question qui a été soulevée il y a quinze ans devant vous, c'est-à-dire pour la première fois devant un corps savant.

« Nous attachons une telle importance à la théorie qui remplace le droit mystique de punir par le droit scientifique de défense sociale que nous la croyons seule capable d'apporter quelques lumières dans les questions aujourd'hui les plus controversées et de guider la législature dans les réformes devenues nécessaires. On s'accorde à reconnaître, non seulement en France mais en Allemagne, que le système pénal actuel a de graves défauts. L'introduction des circonstances atténuantes qui fut en son temps un progrès capital a entraîné peu à peu des conséquences fâcheuses ; grâce aux circonstances atténuantes les lois sont constamment éludées par ceux qui les appliquent, par ce que ces derniers sentent la fréquente absurdité des lois mêmes ; s'il s'agit d'un duel, d'un infanticide, d'un meurtre commis par un mari sur sa femme, par une femme sur son mari, par une jeune fille sur son amant, tout l'édifice du code est ébranlé ou renversé par les juges. Ces catégories faites et les classifications arbitraires qui se ramènent à la distinction trop simple et trop absolue de la « préméditation », de la « non-préméditation », de l'assassinat » et de « l'homicide simple » sont comme un réseau mal fait dont les mailles laissent tout échapper. La science sociale doit ici introduire ses notions positives si l'on ne veut pas que les lois soient sans cesse démenties dans l'application, que les jurés prennent l'habitude de déclarer ce qui n'est pas afin d'éviter des conséquences pénales qui leur répugnent, que les délits particuliers trop sévèrement punis par les lois générales acquièrent ainsi une impunité de fait, en un mot que l'apparente rigueur se traduise dans la réalité par l'arbitraire des jugements. »

J'ai voulu ajouter ces considérations à celles, plus spécialement médicales et psychologiques, que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, Messieurs, et je résume ma thèse sous la forme suivante.

1° La responsabilité morale, fondée sur une série d'hypothèses métaphysiques fortement ébranlées dans l'opinion publique, ne peut plus désormais, sans faire encourir des risques graves au prestige de l'autorité judiciaire, servir de base au droit pénal.

2° Le droit pénal nouveau doit être uniquement fondé sur l'intérêt social et sur la science mentale, c'est-à-dire

qu'à la responsabilité morale il faut substituer la responsabilité sociale.

3° L'instruction doit connaître des faits à *charge* et à *décharge*. L'irresponsabilité, si elle est maintenue, ne doit être attribuée qu'à des cas tellement manifestes d'inconscience totale, que toute contestation soit impossible et par conséquent toute comparution publique inutile. Un certificat serait établi par trois médecins experts unanimes dans leur opinion.

4° C'est à l'administration éclairée par les lumières de la médecine mentale qu'il appartient de déterminer les *modes* de responsabilité, le groupement des condamnés et les conditions les plus propres à protéger la société d'abord et à amender les coupables ensuite.

M. Delasiauve. — A propos de ma discussion du travail que M. Dally nous a lu, je regretterais qu'il eût pu voir, dans la vivacité de certains passages, quelque motif personnel. Outre mon affection, égale pour chacun de nos collègues, il sait toute l'estime que je professe pour son talent et son caractère. Mais la science a des limites dans ses ménagements. C'est précisément parce que son autorité scientifique est grande et qu'au service d'une thèse très accréditée au dehors, et qui, pour la plupart d'entre nous, très controversable, comporte des dangers sérieux, que j'ai cru devoir faire de la communication de notre distingué collègue une analyse approfondie, et en dévoiler les points vulnérables.

Sans préjuger de sa réponse, que j'étudierai avec soin dès qu'elle nous sera communiquée avant tirage, je veux me borner aujourd'hui à relever une assimilation qu'il m'a indûment attribuée. Il a pensé que mes principes et les conséquences que j'en induis avaient un fonds commun avec les idées et les applications de M. Fournet, que j'ai combattues au contraire. M. Fournet admet le libre arbitre, la justice absolue, en vertu desquels l'homme sain, même l'aliéné partiel, étant capable de résister aux suggestions malfaisantes, sont responsables de leurs délits et de leurs crimes. Flourens avait déjà dit dans son pamphlet sur la phrénologie : « Il faut que l'homme sache qu'il a en lui une force libre, et que cette force ne doit point fléchir. »

Pour moi je n'admets ni ne repousse le libre arbitre. La philosophie l'a proclamé comme une vérité de sentiment. Il lui est impossible de le démontrer, et il y a peu à s'étonner si, comme on l'assure, elle devient moins impérative. Libres, nous le croyons, le sommes-nous? Mystère! Là je m'arrête, posant X, justificatif des circonstances atténuantes. Mais, eu égard à la responsabilité morale ou légale, il y a, pour l'aliéniste, une double distinction à faire. La première est entre le malade et le non-malade, le méfait issu d'une passion naturelle et celui surgissant d'une incitation morbide. Or, la législation a pris pour base le libre arbitre, devenu maintenant un *axiome de convention*, car on sent que, même dans l'état sain, il a ses bornes. Or, dans les causes qui lui sont déférées, l'expert aliéniste n'a tout d'abord que ce départ à faire : le délinquant a-t-il agi passionnellement, toute folie absente? L'affirmative, il la déclare sans induction, abandonnant les magistrats à leur exclusive compétence. La démonstration est opportune et flagrante. Point de confusion entre les domaines physiologique et pathologique.

A-t-il reconnu la folie? De deux choses l'une : ou elle est générale et patente. De fait, le premier cas entraîne l'irresponsabilité. Au cas de délire partiel, les préceptes ont varié et la conduite est moins simple. Notre critère à nous est celui-ci : ou l'acte imputé est le produit d'une anomalie mentale, si circonscrite qu'elle soit, et, alors, irresponsabilité ; ou il s'est accompli sous l'empire d'un mouvement passionnel, en dehors de la sphère délirante, et alors en soi, il se trouve sous le coup du code pénal. Toutefois, comme, à la rigueur, le désordre mental aurait pu affaiblir les ressorts de la volonté, exercer une action latente, se lier, en un mot, au mobile de la suggestion, il importe de soumettre ces particularités aux tribunaux ou aux jurys qui peuvent en tirer, selon les cas, des motifs d'atténuation, sinon d'excuse.

Ces distinctions, nous les avons longuement établies dans nos divers travaux. Ni obscurité, ni empiètements. Quant aux modifications que M. Dally conçoit dans notre organisation judiciaire, et d'où dériverait, pour la spécialité mentaliste, un rôle honorable et nouveau, elles ont leur raison d'être; mais, évidemment, ce devrait être l'objet d'une discussion *ad hoc*.

De l'évolution du délire des persécutions.

M. Falret fait sur cette question une communication qui sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à 6 heures 1/4.

Dr Paul Moreau (de Tours).

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1880

Présidence de M. Legrand du Saulle

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le Dr Lagardelle, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, chargé du cours de clinique des maladies mentales, sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. La candidature de M. le Dr Lagardelle est renvoyée à une commission composée de MM. Ball, Luys, Paul Moreau (de Tours), rapporteur.

M. le Dr Giraud, directeur de l'asile de Maréville, pose également sa candidature au titre de membre correspondant. Renvoyé à une commission composée de MM. Espiau de Lamaëstre, Dagron, Christian, rapporteur.

M. Legrand du Saulle, de la part de M. le Dr Kraft Ebing, offre à la Société les trois brochures suivantes :

1° *Troubles momentanés de la raison chez une femme, à la suite de rapports sexuels.*

2° *Assassinat commis par un épileptique.*

3° *Démence sénile, de l'aptitude à tester.*

M. Legrand du Saulle, au nom de M. le Dr Bazin, remet à la Société la thèse dont il avait été question dans une séance précédente, ayant pour titre: *Analyse de l'urine chez les épileptiques.* Etant interne à Bicêtre en 1867, M. Bazin a fait, sous les yeux de MM. Legrand du Saulle et Jules Falret, des recherches extrêmement sérieuses et intéressantes sur la composition de l'urine des épileptiques. M. Legrand du Saulle rappelle que le travail de M. Bazin est en opposition formelle avec la thèse soutenue par M. Mabille. Cette question sera reprise par la Société.

La Razon de la sin razon, du manicome de San Bandilio de Llobregat, novembre 1880.

L'hygiène pour tous: *Revue médicale littéraire*, par le Dr Brémont.

Bolletino del manicomio privato Fleurent, 1er nov. 1880.

Bolletino del manicomio di macerata Luglo, settembre 1880.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la statue de Pinel a été remise à M. Thiébault, fondeur, et que M. le ministre de la guerre a bien voulu accorder le bronze nécessaire pour couler cette statue.

M. MOTET, au nom de la Société, remercie M. le Président du concours si empressé et si dévoué qu'il ne cesse de mettre au service de la Société médico-psychologique.

Rapports de candidature.

M. MOTET. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Lunier, Dumesnil et Motet, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Gray; notre honorable confrère sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. L'exposé de ses travaux et de ses titres scientifiques justifiera les conclusions favorables de votre commission.

M. le Dr Gray est depuis vingt-six ans médecin en chef de l'asile d'aliénés de l'État de New-York, à Utica. La distinction de son esprit, l'importance de ses travaux lui ont assuré dans son pays de légitimes succès et de vives sympathies.

En 1874, il était nommé professeur de médecine mentale et de médecine légale relative aux aliénés du collège de Bellevue à New-York; membre et plusieurs fois président de sociétés médicales, entre autres de celle de l'État de New-York, de l'association des médecins américains, président aussi de la section de médecine mentale au Congrès international de Philadelphie, membre honoraire de la société médico-psychologique anglaise, M. le Dr Gray joint à tous ces titres celui de rédacteur en chef de *The american Journal of insanity*. — Vous connaissez, Messieurs, la grande valeur de ce recueil, destiné comme vos *Annales* à publier des travaux spéciaux sur la folie, son traitem nt, sa jurisprudence, en un mot sur tout ce qui a trait à l'aliénation mentale et à la psychologie. Trente-sept volu-

mes ont déjà paru ; ce sont de précieuses archives à consulter. Vous y trouverez des articles très étendus de M. le Dr Gray sur les aliénés homicides, sur les rapports de la folie avec les maladies physiques, sur la responsabilité des aliénés ; des recherches sur l'anatomie pathologique, une étude sur le suicide ; des appréciations de la loi de l'Etat de New-York sur le placement, le séjour, la sortie des aliénés, comparée aux dispositions de la loi anglaise. Beaucoup d'autres notes éparses dans le journal sont dues à sa plume ; si elles ne portent pas de signature, elles révèlent l'auteur par la clarté de l'exposé, par la précision toute scientifique avec laquelle elles sont rédigées.

Nous avons à citer encore des remarques sur la paralysie générale, un travail intitulé. « Rapport entre la folie et la médecine ; » d'autres : Réflexions sur l'étiologie de la folie, la pathologie mentale, les lésions anatomiques du cerveau, la réparation du tissu cérébral après les blessures, etc., présentés à la société médicale de l'Etat de New-York et publiés dans ses mémoires. Nous y ajouterons les vues générales sur l'aliénation mentale, lecture faite au collège de Bellevue, et l'hygiène mentale, discours recueilli dans le volume des Transactions du congrès international de Philadelphie en 1876.

Cette longue et pourtant fort incomplète énumération, vous dit assez combien est savant et laborieux le médecin qui recherche vos suffrages. Votre commission eût été désireuse de vous présenter l'analyse de quelques-uns de ces travaux importants ; si elle ne l'a pas fait, c'est que le temps lui manquait, et que retarder le dépôt de son rapport eût été prolonger l'attente d'un candidat que vous serez heureux, nous n'en doutons pas, d'accueillir avec la sympathie qu'il mérite. D'ailleurs, en rattachant à vous M. le prof. Gray, vous lui créez presque une obligation à laquelle il se soumettra avec empressement, celle de vous faire directement profiter de son expérience, de ses recherches ; ces dernières trouveront près de vous le meilleur accueil.

Votre commission, Messieurs, est unanime à vous proposer d'accorder à M. le Dr Gray, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de l'Etat de New-York, à Utica, le titre de membre associé étranger.

A l'unanimité des membres présents, M. le Dr Gray est élu membre associé étranger.

M. Christian. — Messieurs, M. le Dr Armaingaud, professeur agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux, sollicite l'honneur d'être nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les titres de notre confrère sont nombreux et variés, et il suffirait de les énumérer pour vous montrer que son œuvre est considérable, et qu'en se l'adjoignant, la Société aura un collaborateur distingué et laborieux. Depuis l'époque (1867) où M. Armaingaud a soutenu sa thèse sur le *mérycisme ou rumination chez l'homme*, il a publié un très grand nombre de mémoires sur les sujets les plus variés d'hygiène et de pathologie, et principalement de pathologie du système nerveux. Permettez-moi de vous résumer brièvement ces derniers, puisque aussi bien ce sont ceux qu'il importe le plus de mettre en lumière actuellement.

Une brochure de 61 pages, publiée en 1872, traite du *point apophysaire dans les névralgies* et de l'*irritation spinale*. L'auteur prétend qu'il contient plusieurs points nouveaux et originaux. Il croit avoir été le premier à démontrer l'existence de l'*irritation spinale* comme espèce morbide distincte, et que c'est seulement depuis son travail que l'existence de cette maladie a été reconnue par plusieurs médecins et pathologistes. Je ne voudrais pas entrer en controverse avec lui sur ce sujet; je me rappelle cependant fort bien qu'à l'époque, déjà lointaine, — c'était vers 1860 — où je suivais les cours de la faculté de médecine de Strasbourg, mon vénéré maître, M. le professeur Schutzenberger, nous parlait souvent de l'*irritation spinale*, et ne manquait aucune occasion de nous en faire constater l'existence. La considérait-il comme un simple symptôme de l'hystérie, en faisait-il une maladie distincte, je n'oserais me prononcer. Il me paraît seulement établi que, sur ce point, M. Armaingaud a eu un précurseur.

Une autre brochure traite d'une *névrose vaso-motrice liée à l'état hystérique*, et guérie par les courants intermittents (Paris, 1876) : ici l'auteur signale l'existence d'une nouvelle forme d'hystérie non encore décrite jusqu'à ce jour, il l'intitule *forme vaso-motrice et intermittente de l'hystérie*. Elle est caractérisée par la coexistence, dans la même journée, d'accès régulièrement intermittents de sommeil nerveux, de congestion locale des sclérotiques, et d'asphyxie locale des extrémités symétriques et également intermittentes.

Je vous signalerai encore une note sur un cas de *catalepsie chez une hystérique*, avec monomanie consécutive, et enfin une *Relation sur une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux dans une école de jeunes filles.* Cette épidémie a éclaté dans une école mal installée au point de vue de l'hygiène, parmi de jeunes filles la plupart anémiques, et qui, chose singulière, avaient présenté de nombreuses épistaxis. La marche de cette petite épidémie n'a rien présenté qui diffère essentiellement de ce que l'on a observé dans les épidémies analogues, et les moyens par lesquels notre confrère a rapidement triomphé du mal sont ceux qui, dans les cas semblables, ont donné les meilleurs résultats.

M. Armaingaud est, comme je l'ai dit, professeur agrégé près de la faculté de médecine de Bordeaux. En 1878, il a été lauréat de l'Académie de médecine, et la même année. l'Institut a récompensé un de ses travaux. Pendant six ans, il a professé à Bordeaux le cours municipal d'hygiène; il a fait également un cours d'hygiène au lycée. Membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Gironde, secrétaire de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, secrétaire du groupe girondin de l'Association française pour l'avancement des sciences, etc., etc., notre honorable confrère possède tous les titres que nous pouvons souhaiter, et votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à M. Armaingaud le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Armaingaud, à l'unanimité, est élu membre correspondant.

Nomination de la commission des finances.

Le règlement indiquant pour cette séance la nomination des membres de la commission des finances pour l'année 1880, MM. Delasiauve, Falret, Dagron, sont désignés pour la vérification des comptes.

De l'évolution du délire des persécutions (suite).

M. Delasiauve. — Comme vous tous, Messieurs, j'ai été émerveillé des distinctions ingénieuses établies par M. Jules Falret entre les diverses phases des délires systématisés. Artificielles peut-être, elles sont exactes dans la géné-

ralité des cas. S'il s'en trouve, en effet, où se présentent d'emblée les convictions qui seraient l'apanage des périodes ultérieures, les transitions s'effectuent communément en vertu d'une sorte d'évolution logique qui, plus ou moins sûrement, permet de présumer l'âge de la maladie et parfois d'induire de cette circonstance des indications utiles.

Mais il est un autre côté de la question d'un intérêt, à mon sens, plus palpitant encore. M. Jules Falret l'a bien senti lui-même. Il n'est pas rare qu'on se trompe sur le caractère apparent de certaines prétendues systématisations. On commence à s'en douter, et je dois rendre cette justice à notre distingué collègue qu'il a fort insisté sur les signes propres à marquer les différences. Seulement, sa démarcation, basée sur l'empirisme, n'a point ce cachet scientifique d'une formule qui s'impose.

Ce que nous regrettons, c'est qu'à ce sujet, il n'ait point tenu compte des données d'une nomenclature que depuis plus de trente ans nous ne cessons d'exposer dans nos écrits et nos discussions. M. Baillarger, nul ne l'ignore, allait jusqu'à contester la forme stupide. Longtemps nous soutînmes ensemble une lutte sur ce terrain. Or, pour moi, et au point de vue de mes principes psychologiques, il surgit que la stupidité, telle qu'elle avait été admise, avait bien sa raison d'être; mais, poussant l'analyse plus loin, je finis par m'apercevoir que les exemples en litige n'étaient pas les seuls qui lui appartinssent.

Loin de là; descendant des degrés les plus élevés de la confusion intellectuelle jusqu'à la simple hébétude, j'y trouvai l'explication naturelle de nombreux faits classés parmi les délires partiels et relevant, pour la plupart, de la folie générale. Telles, en particulier, les lypémanies. Rares, en effet, sont les cas où la prostration résulte exclusivement des idées tristes. Elles y ajoutent sans doute, mais ellesmêmes sont le produit direct de l'oppression cérébrale. On le vérifie aisément, si l'on examine de près les observations un peu circonstanciées des auteurs.

A mesure qu'on se rapproche davantage de la clairvoyance normale, le diagnostic exige une attention plus spéciale, à cause de l'activité relative des manifestations délirantes et d'un enchaînement qui simule celui des monomanies incontestées. Il suffit toutefois d'être averti pour arriver, moyennant

un parallèle suivi, à fixer le véritable état psycho-cérébral.

C'est, en ce qui me concerne, la marche que j'ai suivie dans le *Journal de médecine mentale*, où j'ai étudié longuement, faits comparés à l'appui, toutes les variétés obtuses sous ces trois titres : stupidité proprement dite, semi-stupidité, stupidité légère (t. I, p. 304, 337; t. II, p. 74, 115).

Il nous a semblé que c'était une vraie révolution dans la science et la pratique mentales. Les lumières répandues sur le diagnostic, outre une clarté satisfaisante, fécondent à la fois l'étiologie, le pronostic et le traitement. En regard des délires systématisés, vraies monomanies presque toujours persistantes, qui ne conçoit et les cures possibles, quelquefois rapides et surprenantes, malgré l'ancienneté même, et l'efficacité justifiée du traitement physique associé au traitement moral ?

A ce propos, le délire partiel diffus, que nous avons décrit sous le nom de pseudo-monomanie, et dont nous avons signalé l'importance exceptionnelle en médecine légale, forme une sorte de trait d'union entre les monomanies et les stupidités légères. S'il appartient à la folie partielle par la conservation syllogistique, qui souvent laisse la conscience des fascinations éprouvées et de leurs dangers éventuels, il a d'autre part cela de commun avec les stupidités que, la plupart du temps, ayant pour cause une condition anatomique (hypérémie active, semi-active ou passive), il est, comme elles, susceptible de cure et par des moyens analogues.

Ainsi les distinctions sont catégoriques et, bien utilisées, sont de nature à dissiper les incertitudes. Si faible que soit l'hébétude, elle se décèle aux regards exercés. Appréciations des agents thérapeutiques et des chances curatives en découlent. La pseudomonomanie, d'ailleurs, que la diffusion et la mobilité d'un trouble émotif ou éréthique, analogue aux rêveries de la veille, distingue des fixités monomaniaques, rend compte, en outre, de la fatidité des méfaits accomplis sous son influence, et partant de l'irresponsabilité de leurs auteurs : circonstance qui, méconnue, a été pour beaucoup jusqu'ici dans les échecs de nos consultations médico-légales.

M. Mabille. — M. le professeur Lasègue (1) avait déjà, en

(1) Lasègue, *Arch. génér. de méd.*, 1851.

1851, insisté sur le rôle important que joue l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions. M. Falret(1), à son tour, s'est attaché à bien montrer, en 1878, d'abord et dans la dernière séance de la Société, les rapports de ces troubles spéciaux de la sensibilité avec les diverses périodes de la maladie.

Nous avons vu ce qu'une fine analyse des faits observés, suivie d'une remarquable synthèse, pouvait entre ses mains expérimentées.

Laissant donc de côté la théorie de l'évolution des hallucinations de l'ouïe, en général, je me permettrai d'appeler votre attention sur un point particulier.

Il s'agit de l'existence ou de la non-existence de l'hallucination de la vue dans le délire des persécutions. « Jamais, vous a dit M. J. Falret, dans le délire essentiel des persécutions on ne rencontre d'hallucinations de la vue. Quand elles existent, c'est que le malade est entaché d'alcoolisme ou d'hystérie ; tout au plus pourrait-on admettre qu'il a parfois des hallucinations élémentaires de la vue, mais je ne crois pas que jamais on rencontre d'hallucinations réelles de la vue dans le délire des persécutions. » Tels sont ou à peu près les termes dont s'est servi M. J. Falret. Eh bien, Messieurs, j'ai dû à mon grand regret, à l'occasion d'un travail fort remarquable de M. le Dr Martinenq qui a pour titre : « De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions (thèse de Paris 1880), » travail qui donne une idée fort exacte de la théorie de M. J. Falret, et dont j'avais été chargé de faire l'analyse, émettre quelques réserves quant à l'exclusion complète de l'hallucination de la vue chez les persécutés.

Les auteurs, en effet, qui se sont occupés du délire des persécutions et qui ont étudié le rôle des hallucinations en général dans l'aliénation mentale, sont unanimes à reconnaître que l'hallucination de l'ouïe prédomine dans l'affection.

« Les hallucinations de la vue *sont très rares* dans le délire des persécutions, » dit M. Dagonet (2) et M. Lasègue ajoute que la plupart des persécutés s'indignent qu'on les accuse d'avoir des visions.

---

(1) Falret, *Ann. méd. psych.*, 1878.
(2) Dagonet, *Traité des mal. ment.*, p. 222.

« L'absence des hallucinations de la vue peut-être considérée comme la règle : les exceptions qu'elle souffre sont infiniment rares et n'ont pas de signification » (1), écrit M. Legrand du Saulle, et Morel s'exprime ainsi :

« Les hallucinations de l'ouïe sont bien autrement communes que celles de la vue, ainsi que l'a démontré M. Lasègue. » Ainsi les auteurs que nous venons de citer, tout en faisant une part primordiale aux hallucinations de l'ouïe, ne paraissent pas exclure complètement les hallucinations de la vue.

Morel, d'ailleurs, prend soin, sans aborder ce point spécial, d'indiquer qu'en réalité telle est bien son opinion.

« Si l'on parvient, dit-il, à démontrer momentanément à ces aliénés l'inanité de leurs perceptions maladives, ils vous diront que leurs *voix*, leurs *invisibles*, sont les auteurs de tous ces phénomènes et qu'ils ne peuvent pas ne pas entendre, ne pas voir, alors qu'ils entendent et *voient* en réalité (2). »

Et donnant la parole à une de ses malades, il s'exprime ainsi : « A l'intérieur, on me déchire, on me brûle. Ils se permettent pendant mon sommeil des attouchements infâmes. Mes invisibles, tout en me disant des choses infâmes à l'oreille, me *montrent* des hommes nus, des objets que la pudeur m'empêche de nommer, m'insufflent et me brûlent les pieds. » (Morel, p. 354.)

Puis, plus loin, il décrit ainsi les souffrances d'une persécutée : « M[me] X... intervertissait les mots des phrases pour enlever à ses ennemis l'occasion de tourner contre elle sa propre pensée ou de la lui dérober pour lui faire dire ou imaginer des choses qu'elle repoussait de son esprit. La police jetait un coup d'œil investigateur sur ses actes intimes et elle se plongeait dans l'obscurité. Par certains gestes, elle annihilait les effluves magnétiques que des personnes malveillantes lui envoyaient. Elle *voyait* sa mère morte depuis longtemps. » (Morel, p. 708.)

M. Motet (3), tout en n'étant pas très explicite à cet égard,

---

(1) Legrand du Saulle, *Délire des persécutions*. Paris, 1871.
(2) Morel, *Traité des mal. ment.*, p. 356.
(3) Motet, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. HALLUCINATION, p. 18.

ne paraît attacher aux hallucinations de la vue qu'une faible importance.

« Un individu croit à des ennemis qui le poursuivent, dit Marcé (1). Un jour, il entend leurs menaces, bientôt il les *verra*, ils entira les coups et les souffrances qu'ils lui infligent... Ils parlent de ventriloque, de porte-voix, d'influences électriques ou magnétiques; ils arrivent à admettre l'existence d'êtres mystérieux qu'ils entendent, qu'ils *voient* et par lesquels ils sont martyrisés de mille façons. »

« Les hallucinations de la vue peuvent exister dans le délire des persécutions, pense M. Magnan (2)... Adolphe A... voyait des images obscènes qui le poussaient à la débauche. »

Et M. Delasiauve me citait il y a quelques instants à peine plusieurs cas d'hallucinations de la vue dans le délire des persécutions.

Ainsi, pour la plupart des aliénistes, les hallucinations de la vue peuvent exister chez les persécutés.

M. J. Falret ne partage pas cette opinion et il émet l'idée que les troubles de la sensibilité visuelle, quand ils existent, doivent être rattachés à l'alcoolisme ou à l'hystérie; on n'est pas, en un mot, en présence d'un délire *essentiel* des persécutions.

En thèse générale, je crois qu'il est facile de distinguer les hallucinations de nature alcoolique ou hystérique.

Lorsqu'un individu perd momentanément la raison après des libations alcooliques trop copieuses, on voit se produire un délire avec hallucinations spéciales. Dans le principe, ce sont des lueurs phosphorescentes, des flammes, des formes fantastiques ; mais sous l'influence de l'habitude et du retour périodique des mêmes excès, on voit surgir les hallucinations terrifiantes, objets hideux, figures menaçantes, animaux immondes, sensations fausses, illusions, troubles de la sensibilité générale et de la motilité, fourmillements, crampes, convulsions, anesthésie, hypéresthésie.

M. Lasègue a surtout bien démontré le caractère mobile des objets aperçus : tout remue, tout danse devant les yeux des alcooliques.

---

(1) Marcé, *Traité des mal. ment.*, p. 339 et 340.
(2) Magnan, *Leçons de clinique mentale*, Paris, 1877, p. 11.

De même pour l'hystérie. Dans cette affection, quand l'hallucination se produit, elle se manifeste par l'apparition d'animaux, d'objets terrifiants (zoopsie de M. Charcot) avec manifestations presque identiques à la vision des dipsomanes; ou bien encore l'hystérique tourne au mysticisme, et alors l'hallucination revêt le caractère religieux. .

Mais alors, en même temps que les troubles de la sensibilité spéciale, surviennent des symptômes qui ne laissent planer aucun doute sur la nature de l'affection : boule, clou hystérique, attaques convulsives, hémianesthésie, douleurs ovariennes, etc.

Cependant il est des cas plus complexes où plusieurs délires distincts peuvent se rencontrer chez le même individu, et tout récemment M. Magnan en donnait, dans les *Archives de neurologie*, de remarquables exemples.

Il peut alors se faire qu'à un moment donné on soit dans l'embarras pour savoir à quel genre d'affection on devra rattacher tel ou tel symptôme.

Cela est surtout vrai pour l'alcoolisme.

Si, en effet, les illusions et les hallucinations disparaissent d'habitude au bout d'un temps relativement rapide, il n'en reste pas moins certain que « le système nerveux acquiert sous l'influence de ces intoxications une aptitude singulière à délirer et à percevoir des illusions, même en dehors de l'ingestion des substances ébrieuses. Aussi les illusions et les hallucinations des individus abrutis par des habitudes aussi pernicieuses ne peuvent-elles plus se distinguer des phénomènes de même nature que l'on observe chez d'autres aliénés (1) ». Et comment alors faire la part de l'alcoolisme dans ces cas complexes ? Est-ce que d'ailleurs l'alcool en tant que modificateur de la sensibilité ne peut pas engendrer le délire des persécutions? Ecoutons plutôt M. Dagonet (2) : « La peur, l'angoisse, la frayeur, dit-il, sont les symptômes prédominants de l'alcoolisme. On peut même dire que cette disposition morale particulière est bien réellement le principe générateur et comme le terrain sur lequel se développent les autres manifestations morbides, telles que l'hallucination, le *délire des persécutions*, etc. »

Or, tout en admettant que le délire des persécutions soit

---

(1) Morel, *Traité des mat. ment.*, p. 389.
(2) Dagonet, *Traité des mal. ment.*, p. 548.

le produit de transformations de l'hypochondrie, je crois avec M. Chistian, qu'au fond de ces délires il existe un élément initial commun, le trouble sensitif. C'est à ce titre que l'alcool pourra engendrer le délire des persécutions; tous les troubles de la sensibilité soit générale, soit spéciale, quels qu'ils soient, pourront aboutir à ce résultat final.

« Les troubles, dit Morel, la perversion des fonctions sensorielles, la surexcitation incessante du système nerveux, la répétition continuelle des mêmes sensations douloureuses chez les hypochondriaques, déterminent l'insomnie, suscitent des *visions*, produisent des spasmes, l'anesthésie, l'hypéresthésie (1). »

On ne voit donc pas pourquoi, au point de vue théorique, l'hallucination de la vue n'existerait pas aussi bien que les autres troubles de la sensibilité chez les persécutés.

M. Blanche ne paraît d'ailleurs avoir aucun doute à cet égard et s'exprime ainsi d'une façon catégorique :

« Il existe *incontestablement*, dit-il, *des persécutés non intoxiqués* qui ont par intervalle des affinités avec les alcoolisés persécutés. L'hallucination *de la vue* se mêle chez eux avec celle de l'ouïe: *parfois elle la domine*, donnant ainsi la preuve d'une exécution cérébrale plus vive Sous la pression de cette poussée congestive, ils se transforment et franchissent l'intervalle de la passivité à l'activité et par conséquent de la pensée à l'acte (2). »

Mais il suffit que la difficulté qui peut surgir d'établir d'une façon exacte la pathogénie des troubles de la sensibilité dans le délire des persécutions m'ait été connue, pour que dans les faits que je viens vous soumettre j'aie éliminé avec soin tout ce qui pouvait laisser quelque doute. En sorte que les observations que je vais avoir l'honneur de vous lire sont celles de malades non alcooliques et non hystériques. J'ai tenu de plus à accompagner mes observations de certificats de médecins aliénistes dont l'autorité est reconnue de tous. De cette façon le diagnostic « délire des persécutions » ne reste pas douteux (3).

---

(1) Morel, *loc. cit.*, p. 716.

(2) Dr E. Blanche, *Des homicides commis par les aliénés*, p. 9 et 10. Paris, 1878.

(3) Ces observations ont été recueillies dans le service de M. de Lamaëstre, médecin en chef, directeur de Ville-Evrard.

Je ne puis à mon grand regret vous présenter mes malades; mais j'ai voulu, autant que cela se pouvait, placer sous vos yeux le récit écrit par les aliénés eux-mêmes des persécutions qu'ils endurent et de toutes les sensations qu'ils éprouvent.

Je pense donc qu'entouré de ces précautions, la démonstration sera complète.

OBSERVATION I

SOMMAIRE. — Délire de persécution. — Troubles de la sensibilité générale et spéciale. — Idées d'empoisonnement.

(*Résumé d une observation recueillie par M. P. Gérante, interne du pensionnat, et empruntée à un travail inédit de l'auteur.*)

Entrée à Ville-Evrard le 7 novembre 1879. 30 ans, pas de profession. Son père s'est suicidé. Mère de caractère bizarre. Sœur morte en 1859 dans un accès de manie aiguë. Une autre, qui vit encore, a le caractère très excitable.

Mme D... a eu des convulsions dans le bas âge; elle est très impressionnable. Elle avait des migraines et, dans les derniers temps, elle a éprouvé des pertes utérines. Son caractère est devenu taciturne et irritable.

Il y a sept mois, elle commença à croire que des personnes la regardaient et se moquaient d'elle.

Elle devient apathique, ne peut plus s'occuper à quoi que ce soit; puis l'ennui arrive.

Enfin les phénomènes s'exacerbèrent. Les *déportés*, les *cochers* la poursuivaient, *on* l'hallucinait, *on* envoûtait ses parents, *on* les forçait à se faire ses bourreaux; *on* payait tout le monde pour la persécuter et pour répéter qu'elle était une femme de mauvaise vie.

On dut l'amener à Ville-Evrard.

Tout ce qui se passe autour d'elle se fait exprès contre elle. Elle voit des pièges, des allusions partout. On l'appelle « canaille, voleuse, putain », on lui envoie des mauvaises odeurs, on lui glisse des substances endormantes. On s'empare de sa pensée, on lui répète ses pensées. Tout le monde connaît sa pensée avant elle.

Trois jours après son arrivée, pendant la nuit, *elle voit des figures inconnues qui passent derrière la fenêtre* et elle entend qu'on tue sa mère et ses enfants. On veut lui faire manger de la chair humaine et elle fait des difficultés pour

manger. Elle se dit le jouet du magnétisme. On lui fait faire toutes sortes de choses comme un pantin, marcher, s'asseoir, se lever.

Le certificat de M. de Lamaëstre constate qu'elle est atteinte de délire des persécutions.

Cet état se continue jusqu'au 27 mai 1880. Elle sort de Ville-Evrard légèrement améliorée pour entrer dans un autre établissement.

Résumé. — Troubles profonds de la sensibilité générale et spéciale; hallucinations de la vue de nature *non terrifiante.*

OBSERVATION II

(*Résumé de l'observation recueillie par M. Mabit, interne du service des femmes.*)

Entrée le 17 avril 1880. 30 ans, domestique. Pas de renseignements spéciaux. Pas d'alcoolisme, ni de troubles hystériques. Un matin, son maître lui a dit : « Malheureuse, pourquoi dis-tu que nous voulons t'assassiner? » et sa patronne l'a prise par le cou en lui disant de se mettre à genoux.

Depuis qu'elle est à Ville-Evrard, *elle a vu sa sœur* et elle l'a entendue lui dire : « Quand tu seras sage, tu seras libre. »

« Est atteinte de délire des persécutions; des personnes qui lui en veulent l'ont rendue malade en lui jouant des tours. »

DE LAMAESTRE.

Sortie guérie le 29 juin 1880.

Résumé. — Délire essentiel des persécutions avec hallucinations de la vue *non terrifiantes.* — Guérison de la maladie mentale.

OBSEVATION III.

SOMMAIRE.—Délire des persécutions avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Hérédité.

(*Résumé de l'observation recueillie par M. Mabit, interne du service des femmes*).

Quarante et un ans. Couturière.

30 *septembre* 1880. « Est atteinte de délire des persécu-

tions avec hallucinations. Elle a les parlements dans la poitrine ; on a abusé de son enfance ; on l'injurie. »

Dr MAGNAN.

22 *octobre* 1880. « Très troublée; les hallucinations *de la vue* persistent la nuit; cependant un peu d'amélioration. »

Dr LAMAESTRE.

Père alcoolique ; un frère est aliéné.

La malade a quitté son mari avec un amant en 1873.

Il y a huit mois, elle s'imagina que son mari allait lui prendre sa fille.

Elle entendit alors les femmes du lavoir lui dire : « On vous arrache votre enfant. » Elle avait des voix *dans l'estomac* qui lui répétaient la même chose.

Elle quitta son amant ; puis la nuit elle *voyait ce même amant dans un linceul, et son mari lui arracher sa fille.* Le jour, par la fenêtre *elle voyait* un ami de son frère lui faisant des signes pour lui indiquer qu'on escaladait le mur pour venir voler dans son jardin.

Elle revint à Paris, là *elle voit un homme qui avait un œil fermé* se précipiter sur elle pour l'étrangler.

En ce moment les hallucinations de la vue ont diminué, mais on continue toujours à l'injurier. Malgré tout, amélioration notable.

Résumé. — Délire essentiel des persécutions avec hallucinations *pénibles* de la vue.

OBSERVATION IV.

SOMMAIRE. — Délire des persécutions avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

(*Résumé de l'observation recueillie par M. Mabit, interne du service des femmes.*)

Quarante-sept ans, sans professsion. Entrée à Ville-Evrard le 19 janvier 1880.

16 *janvier* 1880. « Atteinte de délire mélancolique avec idées de persécutions. »

Dr MAGNAN.

3 *février* 1880. « Atteinte de délire de persécutions. »

Dr LAMAESTRE.

Pas d'alcoolisme, ni d'hystérie.

Fille naturelle. Vivait maritalement. Son amant mort, elle se crut en butte aux persécutions de la famille. On la conduisit rue Picpus. Elle en sortit pour aller quelques temps après à la maison Dubois.

Là, *elle vit passer dans le corridor des personnes qui lui portaient de l'intérêt* et on l'empêchait toujours d'aller leur parler. On lui donnait des aliments pour la surexciter ; des sœurs venaient lui faire des menaces. C'était surtout le directeur d'une école où son fils était élevé *qu'elle vit* à la maison Dubois et qui lui faisait des gestes menaçants (jamais ce directeur n'est venu la visiter).

A Ville-Evrard, elle se plaint de tout le monde; toutes les personnes de son entourage, les sœurs viennent la nuit la menacer, etc.

Sortie le 28 mars 1880, très améliorée.

Résumé. — Hallucinations de la vue tantôt *agréables*, tantôt *désagréables*, mais non terrifiantes.

OBSERVATION V.

SOMMAIRE. — Délire des persécutions très ancien. — Troubles de la sensibilité générale. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Illusions génitales. — Idées de grandeur.

Quarante-huit ans, couturière. Entrée le 13 oct. 1880.

11 *octobre* 1874. « Excitation maniaque; délire ambitieux et idées de persécution. »

Dr BOUCHEREAU.

13 *octobre* 1874. « Idées de persécution ; incohérence ; satisfaite d'elle-même. »

Dr DAGRON.

18 *octobre* 1875 « Calme, mais toujours persécutée. »

Dr DAGRON.

10 *septembre* 1876. « Poursuivie par la finance et le haut commerce, ainsi que par le prolétaire de Belleville. Electrisée et magnétisée. »

Dr DAGRON.

Pas d'alcoolisme, ni d'accidents hystériques.

5 *novembre* 1880. En ce moment Mme A... est assez calme ; elle s'occupe mais, chaque matin, à notre arrivée, elle s'approche de nous et d'une façon incohérente nous

raconte toutes les persécutions auxquelles elle est en butte. Les malades, les sœurs, tout le monde s'entend pour lui nuire; on l'injurie, on l'insulte, elle désigne les personnes de son entourage. La malade a la tête haute, s'avance avec orgueil. « Les princes d'Orléans sont mes ennemis le plus acharnés ; ils m'ont assassinée, m'ont volé mes enfants. Les barbares viennent me trouver pendant la nuit, ils me font endurer toutes les tortures possibles. Vous d'ailleurs, M. le médecin adjoint qui êtes mon mari, voyez ce qu'ils font de nos enfants : voilà le trente-deuxième qu'ils font disparaître. Chaque neuf mois, j'accouche de deux jumeaux qui me sont aussitôt ravis par ces misérables princes d'Orléans. » A l'appui de son dire, la malade nous a invité à son dernier accouchement, et en présence de MM. Boyer et Mabit, internes du service, elle a prétendu qu'à l'instant même où elle nous parlait on venait de les soustraire.

Arrogante et fière, elle se dit « Impératrice de Russie et de la République universelle. » Erreurs de personnalité.

Passages extraits d'une lettre que nous plaçons sous les yeux de la Société.

« *J'ai vu au parloir jeudi* un homme que j'ai fait remarquer à ma mère (jamais on n'est venu la visiter). »

« Cette femme P. . ne parle que de nous assassiner. Elle est partie en transfert, mais dernièrement *je l'ai reconnue* tout de même. »

« Hier à 4 heures, j'ai reçu une secousse électrique très forte et cette nuit, j'ai entendu Mme X... qui n'est pas plutôt dans son lit qu'elle rit. »

« Je n'entends que des menaces du matin au soir et *je vois* très bien les personnes qui dirigent la sœur Louise. »

« Mme X .. parle toute la nuit, elle me fait souffrir et je *la vois* étouffant des personnes qui roulent dans des draps de lit de la tête aux pieds. »

« Jeudi, lorsque je me suis couchée, *j'ai vu beaucoup de Turcs, mais ils étaient très richement parés et ne paraissaient pas méchants.* »

« Ils m'appellent femme trouée par les hommes, etc. »

Résumé : — Ce qui nous paraît aussi très important à noter chez cette malade, c'est outre l'incohérence, l'erreur de personnes et la coexistence des idées de grandeur et de tous les troubles somatiques ou psychiques du délire de persécution. Les troubles génitaux sont remarquables; les

hallucinations de la vue n'ont pas *le caractère désagréable*.

OBSERVATION VI.

SOMMAIRE. — Délire des persécutions. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Idées de grandeur. — Illusions génitales.

Entrée le 17 juin 1879 à Ville-Evrard, 57 ans, sans profession.

13 *juin* 1879. « Est atteinte d'aliénation mentale avec hallucinations de *l'ouïe et de la vue* ; se croit persécutée par des êtres imaginaires. »

Dr DELINEAU.

1er *juillet* 1879. « Est atteinte d'hallucinations et idées de persécutions; *voit et entend* Gambetta qui prend sa défense contre ses ennemis. »

DE LAMAESTRE.

A déjà fait un séjour de deux ans à Vaucluse.

Père apoplectique, mort en démence. Pas d'alcoolisme, ni d'hystérie.

Renseignements pris sur l'observation: «Toujours persécutée par des ennemis qu'elle ne veut point nommer. Tantôt ce sont des secousses électriques, tantôt des odeurs, des *fantômes*... Le délire des persécutions s'est systématisé. Depuis quelque temps, il s'est introduit chez la malade une tendance à la mégalomanie. La malade a d'abord voulu prendre Gambetta pour défenseur; puis, elle en est venue à vouloir se marier avec lui. Elle va être son épouse et se croit appelée à de hautes destinées ; elle se réhabilitera de tous les outrages qu'elle a subis.....« Elle *voit* et entend Gambetta qui prend sa défense. »

Mais nous ne saurions mieux faire que d'extraire les passages suivants de la lettre que nous allons placer sous les yeux de la Société.

« Je suis dérangée de nouveau par des réveils subits et aussitôt accablée par des paroles les plus grossières et les injures les plus affreuses. On agit sur mon corps de la manière la plus outrageante..... Depuis hier matin, la rage de ces monstres redouble pour me perdre.... C'est quelque chose d'horrible, d'affreux que ces *visions*..... Il a fallu malgré moi me servir d'une bonne partie des termes de ces

êtres maudits qui ne me laissent pas la liberté de penser ce que je veux. »

Et à notre oreille, elle nous dit chaque jour ce qu'elle sent, ce qu'*elle voit* et tous les troubles qu'elle éprouve du côté des organes génitaux.

Résumé. — Hallucinations de la vue très *désagréables, mais non terrifiantes*. Idées de grandeur et troubles génitaux très accentués.

OBSERVATION VII.

SOMMAIRE. — Délire des persécutions. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

(*Résumé de l'observation recueillie par M. Boyé, interne du service des hommes*).

Cinquante-sept ans, commerçant. Entré le 6 juin 1879.

26 *mai* 1879. « Délire de persécutions. Début remontant à une dizaine d'annés; succession de son père qui lui a été dérobée; notaire soutenu par la police ; poursuites des agents. »

Dr LASÈGUE.

26 *mai* 1879. « Délire chronique avec hallucinations ; troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécutions. »

Dr MAGNAN.

7 *juin* 1879. « Folie de persécutions ; on l'a soumis à des épreuves secrètes extraordinaires; la police l'a fait beaucoup souffrir par l'électricité. »

Dr LAMAESTRE.

« La maladie remonte à dix ans. Le malade prétendit qu'à la mort de son père la succession lui avait été dérobée. Son notaire aurait été complice et ce même notaire est soutenu par la police qui veut l'électriser. Il parle avec loquacité, mais si on l'interroge il donne des réponses sans suite. Le sommeil est assez bon; cependant il entend des voix de la police qui le poursuit. Pas d'alcoolisme ; sens musculaire conservé, ainsi que la sensibilité cutanée. »

« En ce moment le malade est irascible, a des airs dédaigneux et ne cesse de récriminer contre tous les mauvais traitements dont il est l'objet. »

Nous avons l'honneur de placer sous les yeux de la Société la lettre de X.. dont nous extrayons les passages suivants.

« Je suis perpétuellement en butte à des obscénités secrètes auxquelles je ne puis guère résister pendant mon sommeil...

» On a fait intervenir les filles publiques... C'est un tissu d'horreurs, de débauches... Si le suicide ne répugnait pas à ma conscience je me serais forcé d'y arriver, car j'ai désiré la mort bien souvent...

« J'ai éprouvé que la science est très puissante et que l'on *pouvait voir et être vu dans les situations les plus secrètes et malgré les murs les plus épais*. Je ressens l'impression du froid quand *je vois* ou que *j'entends*..... La physique me montre *la représentation des personnes ou de leurs actions* de telle manière qu'en un autre temps on pourrait y voir un peu de sorcellerie, et je ne suis pas surpris que le moyen âge ait pu se servir de pareils moyens et faire des victimes.

La *photographie* a progressé et lui a fait concurrence sous le rapport *des portraits*; *des statues deviennent des personnes vivantes, agissantes*... »

Résumé. — Hallucinations de la vue de nature non *terrifiantes*.

Observation VIII

Sommaire. — Délire chronique des persécutions datant de dix ans. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

19 *octobre*. Est atteinte de délire des persécutions avec hallucinations et troubles de la sensibilité; on lui fait des misères, on l'injurie, on l'empêche de travailler.

Magnan.

21 *octobre*. Délire chronique des persécutions remontant à dix ans.

de Lamaestre.

(*Résumé de l'observation recueillie par M. Mabit, interne du service des femmes*).

Cinquante-sept ans. Entrée le 21 octobre 1880, domestique. Pas d'antécédents héréditaires. Elle entend depuis dix ans des voix qui lui disent qu'elle a des yeux doux. Depuis un an,

cela est devenu intolérable ; elle ne pouvait reposer ni jour ni nuit. *Elle voyait* quelquefois des figures qui lui parlaient toujours de ses yeux doux. Elle ne pouvait plus toucher à rien; quand elle prenait du pain, elle entendait une voix qui lui disait qu'il ne fallait pas qu'elle y touchât.

Pupilles égales ; pas de tremblement de la langue ni des mains.

Extrait d'une lettre de la malade et présentée à la Société.

« Depuis dix ans ces *visions* et ces *voix* me sont arrivées. Ces méchantes voix me demandent mes yeux doux ; ils ne veulent pas me laisser un instant seule sans me faire parler malgré moi, et si quelqu'un me parle, il faut les répéter ; ils me veulent du mal... Il a une *grosse tête* et un *grand nez* et toujours il parle de mes yeux ; il me fait enrager aussi à l'église et en promenade ; c'est un *petit* homme. »

Résumé. — Hallucinations de la vue de nature *peu agréable mais non terrifiantes.*

Voici d'autre part un extrait de la lettre de la nommée N.., atteinte de délire des persécutions, compliqué d'*alcoolisme.* « M. X... m'a accusée d'avoir fait mourir ses enfants et ses bestiaux. J'ai vu des chandelles sur le bord de la croisée, qui m'ont fait peur et j'ai vu une espèce d'homme qui dansait devant la croisée ; je voyais venir des moutons, des sangliers ; on prétend que j'ai fait mourir un pharmacien, on m'appelle avorteuse, voleuse et on soutient que j'ai mis le feu au bâtiment et que j'ai tué des soldats autrichiens ; on m'a mis dans le journal. »

Les hallucinations de l'alcool (flammes, chandelles, animaux), qui s'ajoutent à ce délire de persécutions, sont empreintes de terreur et suffiraient seules à affirmer l'alcoolisme.

Dans les observations que nous avons données, au contraire, les hallucinations de la vue dans le délire essentiel des persécutions revêtent un tout autre caractère.

Au lieu d'hallucinations élémentaires, feu, flammes, ou de visions fantastiques d'animaux hideux et sans cesse en mouvement, nous avons des malades qui ont des hallucinations de la vue, portant sur des objets à formes définies, hallucinations les unes indifférentes, d'autres désagréables, mais sans aucun caractère terrifiant.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que si l'hallucination

de l'ouïe joue le rôle principal dans le délire des persécutions, il peut néanmoins exister des cas peu nombreux, il est vrai, où l'hallucination de la vue se rencontre chez le persécuté en même temps que les autres troubles de la sensibilité.

Mais les observations que nous avons recueillies nous permettent de dire que l'hallucination de la vue, quand elle existe, non compliquée d'alcoolisme chez les persécutés, a dans la majorité des cas le caractère désagréable, laisse parfois le malade indifférent, mais jamais ne devient terrifiante (1).

M. Lasègue. — C'est là une grande et grosse discussion qu'a soulevée notre jeune confrère. Il est difficile d'improviser une communication sérieuse en réponse au travail de M. Mabille. Le plus sage serait de renvoyer la discussion à une autre séance.

M. Mabille, en réponse à une objection qui lui est faite, dit qu'il n'admet pas la négation absolue d'hallucinations de la vue dans le délire de persécutions : il reconnaît qu'elles existent, mais avec une extrême rareté.

M. Delasiauve a longtemps songé à cette question, et la croit très difficile à résoudre. Cependant, il admet aussi que ces hallucinations de la vue peuvent exister dans le délire des persécutions ; mais il reconnaît aussi qu'elles sont fort rares.

M. Falret. — Je ne crois pas avoir prononcé le mot *jamais* (mot qu'on ne doit jamais prononcer dans la science) relativement à la présence des hallucinations de la vue dans le délire des persécutions. Ce que j'ai dit, c'est que ce fait était extrêmement rare, tellement rare qu'on pourrait presque dire qu'il n'existait jamais.

Toutes les fois, en effet, qu'un persécuté chronique raconte une hallucination de la vue, méfiez-vous ; cherchez, et vous découvrirez qu'au délire de persécution essentiel, au délire de persécution type, est venu se joindre un élément étranger surajouté, soit l'alcoolisme, l'épilepsie, l'hystérie ou une maladie cérébrale ou toxique quelconque.

---

(1) Que MM. Gérente, Jolly et Mabit, internes à Ville-Evrard, nous permettent de les remercier pour le concours qu'ils nous ont prêté dans les recherches nécessitées par ce travail.

Toutes les fois que je l'ai cherché avec attention, je l'ai trouvé et je crois que l'observation de tous confirmera mon opinion personnelle. Voilà ce que j'ai dit.

J'ai ajouté un nouvel argument. Le délire des persécutions, ai-je dit, est si peu compatible avec l'hallucination de la vue, que lorsque les persécutés chroniques éprouvent par hasard des sensations subjectives de la vue, telles que cercles lumineux, gerbes de feu, éclairs, etc. (par exemple au début de l'amaurose), comme j'en ai observé plusieurs exemples remarquables, ils apprécient ces phénomènes subjectifs comme des hommes raisonnables; ils n'en sont pas dupes, ils les jugent tels qu'ils sont, ou tout au plus les interprètent dans le sens de leur délire, comme produits par leurs ennemis, mais ils ne les transforment pas en visions nettes et distinctes comme dans les délires religieux ou autres ; la sensation subjective lumineuse reste à l'état élémentaire et ne se transforme pas en hallucination véritable de la vue.

La séance est levée à six heures.

Paul Moreau (de Tours).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le mental science.

(3e trimestre 1878)

SOMMAIRE.

Nous nous bornons à indiquer à nos lecteurs la traduction en langue anglaise d'un travail considérable des Drs Eulenburg et Guttmann sur la physiologie et la pathologie du grand sympathique.

Une analyse de ce travail est chose impossible, et sa reproduction in-extenso dépasserait considérablement les limites de notre cadre. Nous devons toutefois le mentionner comme une œuvre d'un mérite réel, dont les auteurs jouissent d'une notoriété légitime dans le monde savant. La commission du prix Astley Cooper, qui avait proposé de couronner ce mémoire, est revenue ensuite sur sa décision, parce qu'il était le produit d'une collaboration, ce prix devant être décerné, selon les intentions du testateur, à un auteur unique.

Le *Mental Science* commence ici la publication d'une étude philosophique du Dr William Ireland ayant pour titre :

De la pensée sans paroles. L'auteur se propose de rechercher dans quelle mesure la pensée peut se produire sans le secours du langage et d'étudier les rapports de la pensée avec le langage, ou tout autre moyen symbolique employé pour l'expression ou la communication des idées.

Tandis que l'animal, dès sa naissance, est capable d'accomplir sans éducation préalable un grand nombre d'actes instinctifs ou réflexes, le nombre de ces actes accomplis par l'homme est très limité. La succion et la déglutition sont produites chez l'enfant nouveau-né sans l'intervention de la conscience. Mais bientôt les actes qu'il exécute cessent d'être réflexes et sont le résultat de l'éducation. On peut admettre que l'exercice de la pensée débute chez l'homme aux premiers temps de la vie. Premièrement, l'enfant analyse ses sensations qui lui paraissent de simples modifications de la conscience; puis il distingue et compare ce qu'il voit, sent et entend, et s'assure que ces impressions ont une cause extérieure à lui-même. Il connaît sa bonne ou sa nourrice. Plus tard il sépare les impressions tactiles des impressions visuelles; il élabore les idées de substance, de résistance, d'étendue, et attribue aux corps leurs qualités physiques. Puis il fait l'éducation de ses muscles et peut apprécier les distances en s'assurant d'abord que les objets sont ou ne sont pas à sa portée. Cette étude rectifie sa vue et complète ses notions sur le volume des corps. Est-il capable de coordonner ses mouvements; il fait alors de rapides progrès, car ses observations sont plus fréquentes. Il suffit d'observer un enfant pour être convaincu que les idées chez lui précèdent l'apparition du langage. Il connaît les personnes bien avant de les nommer. Il en est de même des couleurs. Les premiers mots qu'il prononce expriment des associations d'idées. Il est donc bien établi que, depuis sa naissance jusqu'au moment où il parle, l'enfant a pu accomplir une série d'actes non réflexes, résultant d'un effort mental.

M. Ireland cherche à déterminer la part de l'élément mental dans nos perceptions habituelles. Les recherches d'Helmholtz qu'il a pris pour guide dans ce travail, démontrent l'influence considérable de l'esprit dans les impressions qui nous viennent du monde extérieur. Les perceptions qu'on croit intuitives ou réflexes, sont en réalité des opérations mentales accomplies avec une telle rapidité que leur interprétation se confond avec l'impression sensorielle; l'esprit contribue incessamment à compléter et à rectifier les notions fournies par les sens. Un

homme pénètre dans une chambre dont les détails lui sont familiers. En plein jour, ses mouvements sont réglés par ses impressions visuelles et l'interprétation qu'il en tire. Si la chambre est moins éclairée, et qu'il n'y distingue que quelques objets, ses souvenirs lui permettent de s'avancer avec confiance. Enfin, si la pièce est tout à fait obscure, il pourra encore s'y diriger à l'aide de la mémoire et du raisonnement. Ainsi, en supprimant successivement les impressions sensorielles, on arrive à remplacer la notion fournie par les sens par la représentation pure (Helmholtz). La sensation et la mémoire se prêtent incessamment un mutuel concours en des proportions variables.

L'interprétation d'une sensation est d'une importance telle pour en déterminer la nature, que certains corps ne sont pas distingués au loin si nous ignorons la distance qui nous en sépare. Nous voyons un objet plan, convexe ou concave, selon les dispositions préalables de notre esprit. L'impression visuelle sollicite l'intelligence, et celle-ci guide à son tour notre vue. Ce que nous voyons est accepté par nous, non selon les lois de l'optique, mais de la psychologie.

Nos idées de volume, d'étendue, de distance sont le résultat de notions acquises, basées sur un travail mental qui remonte aux premiers temps de la vie, à une époque antérieure à l'apparition du langage. Les observations bien connues de Cheselden, Ware, Wardrop, Dufour sur les aveugles-nés ayant recouvré la vue, nous ont appris que la vue est impuissante à nous donner seule la notion des objets. Nos idées sur la forme et le volume, celle des distances, qui en découle, ne sont pas liées, comme on croit, à la sensation elle-même, mais sont en réalité le produit d'un travail mental accompli pendant notre première enfance.

L'appréciation de la distance des corps a nécessité une laborieuse éducation. Grâce à une pratique incessante, nous trouvons sans peine et sans erreur la distance de ceux qui sont à notre portée, en nous rendant compte de leur volume relatif et de la netteté de leurs contours. S'ils sont hors de notre atteinte, la difficulté est plus grande. Nous y parvenons alors en considérant leur volume relatif, la distribution des ombres à leur surface et la modification de leur couleur par l'air ambiant. Pour apprécier la distance du terrain, la vue d'objets familiers de dimensions connues, hommes et animaux, nous est d'un grand secours; ceux de dimensions variables nous sont moins utiles. Cette étude est une partie des plus intéressantes de l'art mili-

taire. Pour connaître la distance et la hauteur d'une montagne, l'observateur note la coloration et la distance des objets placés entre elle et lui, les dimensions relatives et la coloration des accidents de terrain qui la couvrent. Il a conscience dans cette recherche des efforts d'accommodation de l'œil et surtout des mouvements exécutés par le corps et la tête pour se pencher vers le point observé; l'expérience lui a appris que pendant ces mouvements les objets apparaissent d'autant mieux que leur distance est moins grande; il sait aussi que s'il se déplace rapidement, les objets situés latéralement paraissent se rapprocher davantage lorsqu'ils sont dans son voisinage et s'éloigner lorsqu'ils se trouvent à une grande distance.

Le sens de l'ouïe est aussi d'un emploi constant pour l'appréciation des distances. Berkeley a insisté sur ce point dans une page remarquable. Pour la résumer, nous dirons que cette étude n'implique pas seulement le travail des sens, mais aussi celui de l'esprit, et qu'elle met en jeu simultanément la mémoire, la comparaison, le jugement et l'imagination.

Au fur et à mesure que nous avançons en âge, nous négligeons l'observation minutieuse des objets et nous ne prenons de leurs détails que ce qui nous sert à les reconnaître. Helmholtz a remarqué que, si nous nous plaçons dans une position anormale, nous les voyons autrement, et que certaines particularités jusqu'alors ignorées, deviennent apparentes. Un homme couché voit un paysage plus brillant et plus net. Si l'on regarde un point de vue, la tête entre les jambes, on est surpris de voir que les accidents du paysage ont perdu leur relief. Placez-vous dans une position horizontale, le ciel et les nuages sont vus en projection directe et les objets terrestres se projettent alors sur un plan vertical. Dans cette attitude, les couleurs ont cessé de vous donner des notions sur la distance, car elles se sont modifiées. Observez à travers un télescope qui renverse les objets, la marche d'un homme, et vous serez surpris de voir que cette marche se décompose en une multitude de sauts et d'oscillations disgracieuses qui ont échappé à l'observation habituelle; elle aura de même perdu son caractère individuel de lourdeur, de majesté, de grâce. Les objets éloignés changent pour nous d'aspect, parce que nous les voyons vaguement et que nous ne nous en faisons une idée complète qu'à l'aide de l'expérience et de l'imagination. Ce qui le prouve, c'est que, nous en approchant, nous reconnaissons qu'ils ne sont plus les mêmes. Itard a fait la remarque que nous négligeons selon

notre humeur, nos goûts, nos aptitudes individuelles, l'exercice de certains de nos sens pour ne nous servir que de certains autres ; il s'ensuit que telles sensations nous sont familières tandis que d'autres nous sont peu connues. C'est encore par un effort mental que nous voyons les objets simples et non doubles, bien qu'en réalité une impression sensorielle indépendante se forme sur chaque rétine. Helmholtz a fait, à cet égard, nombre de réflexions judicieuses. Il pense, entre autres remarques, que ce sont les mouvements de l'œil qui détruisent la double sensation. Elle peut se produire en effet, en dirigeant l'œil immobile vers un point fixe.

Un homme peut apprendre à jouer aux échecs, aux dames et même au whist (où pourtant il doit se mettre en rapport avec un partenaire), sans prononcer une parole, et nous savons tous que nous pouvons nous livrer à une série d'opérations mentales aboutissant à des actes, sans avoir besoin de parler. Une analyse minutieuse de nos actes usuels nous démontre qu'ils n'ont rien d'intuitif ou de réflexe, mais qu'ils sont toujours le produit d'un travail plus ou moins actif de l'intelligence.

Les remarques qui ont été faites à propos du sens de la vue, s'appliquent aux autres sens. Nous savons déjà que les bruits nous donnent des notions sur la distance. Bien qu'un son musical soit complexe et se décompose, dans la sensation auditive, en un son fondamental et en ses harmoniques, nous avons une grande difficulté à comprendre cette complexité, notre esprit ayant l'habitude de considérer un son musical comme un son simple. La sensation tactile que nous fait éprouver une surface humide, se dédouble en une impression de froid et de poli ; si nous touchons un corps froid et poli, notre expérience nous trompe, et nous croyons appliquer la main sur une surface humide. Cette interprétation erronée s'impose à nous comme une sensation vraie et l'esprit ne peut la corriger sans répudier l'impression des sens. Les illusions sensorielles ne sont que des inductions fausses (Épicure).

Nous attribuons une sensation à une cause donnée. Lorsque cette sensation se produit sous une autre influence, notre esprit la rattache invariablement à sa cause habituelle ; si l'on jette les yeux sur un plafond orné de glaces, et qu'on y voie son image renversée, on ressent instinctivement la crainte de tomber. L'expérience et le raisonnement finissent par avoir raison de ces illusions et des conceptions fausses qu'elles engendrent.

Qu'il y ait ou non un sens musculaire, il est certain que l'esprit acquiert, à un degré parfait, la connaissance de la force développée dans les muscles, et les modifications de cette force proportionnellement à la résistance. Ici encore, comme pour le sens de la vue, nous constatons des erreurs résultant de l'idée préconçue. Un homme qui se charge d'un vase plein de mercure, répand le métal à terre s'il n'est pas préveuu de son poids énorme. Comme pour les autres sens, nous prenons l'habitude, dans l'exercice du sens musculaire, d'appliquer notre attention à certaines conditions principales en négligeant les accessoires. Un homme qui se guide à travers une foule trouve moyen d'éviter les heurts par un travail de l'esprit dont il a contracté l'habitude. Ce n'est pas là un phénomène de cérébration inconsciente, comme on l'a cru. Si notre attention est détournée plus ou moins de notre marche, il reste toujours un certain degré de conscience indispensable à son accomplissement. Notre confrère convient néanmoins que certains mouvements, acquis par une longue habitude, sont réflexes et inconscients. Ils cessent d'être cérébraux et deviennent spinaux ; mais ces mouvements ne sont pas compliqués et ressemblent aux actes réflexes vrais par leur caractère uniforme et invariable. M. Ireland veut bien admettre même certains actes réflexes de cause cérébrale, sans aller toutefois aussi loin que le professeur Laycock qui donne à ces phénomènes une trop grande importance. Si les hommes adonnés aux travaux intellectuels transforment facilement leurs pensées en paroles et en écrits, il n'en est pas de même des hommes d'action, chez lesquels l'activité mentale se traduit par des actes. Le chasseur qui poursuit une opération cynégétique, le cavalier qui défend sa vie dans une bataille, accomplissent une multitude d'actes admirablement raisonnés sans recourir au langage. On oublie trop facilement que, chez les êtres humains, la pensée et l'action sont étroitement liées, et que tout travail mécanique implique un travail mental. Lorsqu'un savant a découvert que l'excitation électrique du cerveau produisait des mouvements dans les muscles, cette découverte ne devait provoquer aucune surprise. Chaque acte volontaire est précédé d'une pensée qui détermine son accomplissement et le but à atteindre ; après que l'acte a été exécuté, l'esprit constate le résultat qui peut être le point de départ d'une intention nouvelle et d'un nouvel acte. Le langage est étranger à toutes ces manifestations. Le sculpteur qui conçoit et modèle un chef-d'œuvre, ne trouverait point de paroles

pour rendre l'évolution de son génie. Il est en effet certaines conceptions trop élevées pour être exprimées par des mots. De nombreux actes dans la vie ordinaire se produisent sans le secours du langage. Un homme ne marche pas mieux parce qu'il sait l'anatomie de la jambe. Un batelier gouverne son esquif au milieu d'une tempête sans ouvrir la bouche. L'auteur termine par une remarque très juste. Il nous arrive souvent après qu'une série d'opérations mentales nous ont conduits à un résultat, de ne pouvoir expliquer les calculs qui nous ont permis de l'atteindre.

A la réunion trimestrielle de l'association médico-psychologique qui a eu lieu à Glasgow le 15 mars 1878, le Dr Robertson a lu un mémoire intitulé : *Observations sur quelques points de pathologie cérébrale et sur la percussion du crâne*. La détermination du siège précis des lésions cérébrales d'après les symptômes qu'elles produisent, offre un grand intérêt au point de vue physiologique et thérapeutique. Les recherches d'Hitzig et de Ferrier ont fait faire des progrès réels à cette partie de la médecine. Au nombre de leurs découvertes les plus incontestables, il faut mentionner le rôle des circonvolutions de la fissure de Rolando dans les mouvements des extrémités supérieures et inférieures. Mais l'étude des troubles de la sensibilité cérébrale n'est pas de moindre importance; M. Robertson veut désigner principalement par là une douleur localisée à la tête, qu'elle soit spontanée ou provoquée par la percussion du crâne.

Le cerveau et ses membranes (à part la dure-mère, dans quelques circonstances) sont normalement insensibles, et cet état peut coïncider même avec un certain degré de morbidité, comme la paralysie générale. Toutefois, dans certaines conditions pathologiques, ils deviennent le siège de douleurs plus ou moins marquées. Ces douleurs peuvent ne pas se manifester habituellement, et naissent à la suite d'un choc exercé sur la boîte osseuse, en un point qui correspond à la région affectée. Si une douleur persistante, sourde et gravative, est localisée en un point de la tête et s'accroît par la percussion, si, tandis qu'elle n'existait pas, la percussion la fait naître, on doit supposer que ce point correspond au siège précis de la maladie. On aura une certitude complète à cet égard si, en même temps, se développent des phénomènes convulsifs pouvant être rapportés à une lésion de ce même point de l'encéphale. M. Ro-

bertson cite quelques faits remarquables à l'appui de sa thèse.

Le sujet de la première observation est un ingénieur dont les antécédents pathologiques sont nombreux. On trouve en effet dans son passé la syphilis, l'alcoolisme, une insolation et les fièvres intermittentes des Indes. Il y a sept ans, ont apparu pour la première fois des attaques d'épilepsie. Pendant les trois ou quatre premières années, elles se montraient à six semaines d'intervalle, plus tard elles se sont rapprochées et ont eu lieu tous les mois environ. L'action convulsive, qui n'était précédée d'aucun signe précurseur, commençait à la main droite où le petit doigt était parfois atteint. La main était ensuite fléchie sur l'avant-bras et celui-ci sur le bras, tandis que la tête s'inclinait vers l'épaule droite. Il se manifestait aussi des spasmes du bras vers la poitrine. L'attaque convulsive se localisait parfois aux membres inférieurs. Lorsque l'accès s'arrêtait à ce point, la conscience était conservée, mais si les convulsions gagnaient en étendue, la perte du sentiment était produite. On remarquait alors que le dernier mouvement convulsif dont le malade avait gardé la mémoire était l'avant-bras écarté de la poitrine et mis en supination. Ces attaques violentes duraient deux à trois minutes et la perte de connaissance persistait pendant cinq à quinze minutes. Il y avait des douleurs vives dans le membre convulsé. A la suite de l'attaque, on constatait une obtusion du pouvoir moteur et de la sensibilité qui disparaissait progressivement et pouvait durer trois ou quatre heures. Ce dernier symptôme a été étudié avec soin à l'aide du dynamomètre et de l'œsthésiomètre.

Ce malade avait aussi des crises purement mentales, sans convulsions. Un jour il se met à pousser des cris en jetant autour de lui des regards effarés. Aux questions qu'on lui adresse il répond : Que vont-ils me faire ? Il recouvre son état normal au bout d'une demi-heure. Enfin cet homme avait la pupille droite plus dilatée que la gauche, la langue déviée à droite, et présentait un certain degré de cophose.

Il n'avait jamais accusé de douleurs dans la tête, mais la percussion pratiquée avec le plessimètre sur la paroi crânienne déterminait une sensation douloureuse dans une région bien limitée, d'une étendue de deux pouces environ, dont le point central était placé à la distance de trois pouces de la partie supérieure de l'oreille gauche. La simple pression produisait le même phénomène. Le second malade est un journalier de trente-neuf ans qui a eu des habitudes d'alcoolisme auxquelles il a re-

noncé depuis environ environ six mois. Il a eu la syphilis. Depuis un an, il est sujet à des attaques d'épilepsie; mais elles ont diminué de fréquence après qu'il est devenu sobre, et leur nombre se réduit, à la date de l'observation, à une attaque isolée tous les quinze jours. Deux ou trois jours avant l'accès, il ressent une douleur gravative intense occupant le milieu de la tête jusqu'à la distance de deux pouces de chaque oreille. A l'aproche de l'attaque, la douleur augmente et semble passer de gauche à droite. Lorsque l'accès débute, le malade a conscience d'un engourdissement localisé au bras et à la jambe gauches. L'ictus convulsif affecte successivement le bras gauche, trois secondes après, la jambe gauche et presque en même temps le corps et la face de même côté. Le sentiment persiste trois minutes après le commencement de l'attaque. Dans l'intervalle des crises, cet homme est dans un état satisfaisant, mais il ressent tous les deux jours une douleur fugace, localisée vers la partie de la tête précédemment indiquée. La percussion du crâne provoque une sensation douloureuse à peu près limitée en un endroit également distant de la ligne médiane et de l'oreille droite.

Dans la troisième observation qui est résumée très brièvement, il s'agit d'un malade qui avait eu, un an auparavant, le crâne fracturé par un coup de pied de cheval. Il n'avait jamais entièrement recouvré ses facultés mentales, et avait dû enfin être séquestré dans un asile. Ce malade portait une large cicatrice demi-circulaire au côté gauche de la tête, et accusait une vive douleur lorsqu'on percutait le crâne dans cette région.

M. Robertson rapporte en terminant un cas de guérison chez un épileptique de douze ans. Cet enfant, garçon de bureau, était fort intelligent. Un coup de pierre l'atteignit au côté gauche de la tête, un peu en avant de l'éminence pariétale. Il put regagner sa maison et peu après reprendre ses occupations, malgré la persistance d'une vive douleur à la tête. Six semaines après l'accident, il eut des absences d'une demi-minute de durée se répétant deux ou trois fois par jour. Plus tard, alors qu'il prenait du bromure de potassium, ses attaques se compliquèrent de convulsions limitées à la tête, qui était tournée à droite. Enfin, le quatrième mois, l'épilepsie franche fit son apparition. Ce malade accusait une douleur sourde vers le point du crâne qui avait été frappé. Les limites exactes de cette douleur étaient : quatre pouces à partir du sommet de l'oreille gauche, un pouce trois quarts de la ligne médiane, un pouce au-dessus de l'émi-

nence pariétale et un demi-pouce en avant de cette éminence. Cet enfant a guéri par l'administration combinée de bromure de potassium et de bi-iodure de mercure.

M. Frédérick Trèves recherche, dans un travail remarquable, les conditions physiologiques sur lesquelles repose l'exercice de la faculté poétique. En quoi consiste cette faculté? De prime abord elle paraît fort complexe; mais si l'on a soin d'éliminer ses éléments accessoires, son étude se trouve heureusement simplifiée. De même qu'on doit négliger chez le musicien lorsqu'on apprécie son mérite artistique, l'habileté mécanique du clavier, chez le peintre la dextérité à se servir de la palette et de la brosse; de même, on n'a pas à tenir compte chez le poète de son habileté de versificateur, voire même de son talent descriptif, et de son aptitude à analyser les faits et les émotions, toutes qualités qui ne le caractérisent pas et peuvent appartenir à un prosateur vulgaire. On arrive ainsi par exclusion, à découvrir que le principal caractère auquel se reconnaît un poète est la puissance de fantaisie ou d'imagination. Ce pouvoir qui appartient à la poésie comme l'ogive à l'art gothique, est l'objet dans ce chapitre d'une étude spéciale.

On attribue généralement à la fantaisie ou à l'imagination, que M. Trèves considère comme synonymes, une propriété créatrice. C'est à tort, car rien ne se crée chez l'homme. Les idées ne sont pas formées de toutes pièces; mais elles existent préalablement dans l'esprit, où elles offrent des combinaisons variées, comme les figures d'un kaléidoscope. L'auteur de ce mémoire donne de l'imagination la définition suivante : « C'est » le pouvoir d'ajouter à une idée ordinaire une conception dis» tincte et nouvelle, et d'y enter des éléments insolites et » originaux, cette addition et cette combinaison se faisant con» formément aux principes reçus de l'esthétique. » Dans tout effort de fantaisie ou d'imagination, la présence de ces deux facteurs: augmentation de l'idée par des éléments nouveaux, observance rigoureuse des règles du beau, est constante. Bacon a dit quelque part qu'il n'y avait pas de beau véritable sans nouveauté.

Les idées et associations d'idées que font naître les impressions extérieures varient suivant les hommes, et leur richesse dépend de plusieurs conditions qui sont la prédisposition héréditaire, l'éducation, les habitudes, le développement intellectuel, les particularités qui tiennent au climat, au pays, aux

mœurs. Tous ces éléments réunis donnent à l'homme son individualité. Les objets qui lui tombent sous les sens provoquent ou ne provoquent pas chez lui des idées nouvelles et poétiques. Une renoncule, par exemple, donne seulement à un homme l'idée simple d'une fleur des champs; un autre, qui l'appelle « une pâle coupe d'or », ajoutera à cette idée des éléments nouveaux, sous une forme élégante. Ce second observateur aura fait œuvre de poésie. Ces deux éléments se retrouvent dans les œuvres poétiques de tous les âges, et l'on comprend aisément que la poésie devienne moins facile et moins exubérante avec les progrès de la civilisation. Chez les anciens, par exemple, elle florissait sous une forme plus simple et plus compréhensible que de nos jours. On remarquera aussi que l'esthétique doit varier avec les mœurs. Telle œuvre aura une forme poétique parmi certains peuples, qui serait chez d'autres horriblement triviale. Le sauvage qui trouve les lèvres de sa belle « plus douces que le sang chaud de son ennemi », formule une pensée qui n'aurait pas cours dans notre littérature, et pourtant il s'est exprimé poétiquement, puisque dans les conditions particulières où il se trouve, il a appliqué les deux règles demandées.

Ces prémisses posées, M. Trèves recherche les bases physiques de cette fonction pour arriver à son interprétation physiologique. Certains actes complexes, qui nécessitent pour leur accomplissement l'intervention de la conscience et s'exécutent au début avec lenteur, deviennent plus tard spontanés et finissent par être assimilables aux actes réflexes. Nous n'avons pas à insister sur ce fait bien connu, dont l'auteur de ce travail donne l'explication physiologique. Trois éléments sont mis en activité dans la production d'un phénomène réflexe : un tube nerveux afférent, une cellule ou un ganglion de cellules, et un tube nerveux efférent. Le premier tube nerveux porte les impressions sensitives à la cellule centrale ; elles y sont élaborées et l'activité nerveuse transformée est transmise par le second nerf dans un muscle dont elle détermine la contraction. On peut admettre que pour un même mouvement les mêmes éléments entrent en jeu, et qu'ils acquièrent dès lors, par la répétition fréquente de ce mouvement, un développement structural plus parfait. Le trajet (path) suivi par l'influx nerveux est mieux frayé, et l'habitude d'un acte produit de telles modifications dans des régions données du système, que cet acte finit par être organiquement enregistré dans les centres (Maudsley). Aussi se produisent-ils

avec une facilité toujours plus grande. Tandis qu'au début la volonté devait présider à leur accomplissement, le rôle de cette faculté perd tous les jours de son importance, et il vient un moment où une simple excitation périphérique suffit à provoquer, à l'insu de la conscience, la contraction musculaire correspondante. Telle est l'explication proposée des actes réflexes secondaires ou d'éducation. Elle peut s'appliquer aussi aux phénomènes de l'entendement. Un acte de l'esprit primitivement accompli avec le concours de la volonté et sous le contrôle de la conscience, est plus tard produit automatiquement et inconsciemment. Pourquoi ne pas supposer, comme on l'a fait pour les actes mécaniques, que ces actes psychiques, par leur fréquente répétition, finissent par s'enregistrer organiquement dans le cerveau, et qu'ils sont matériellement représentés dans sa structure anatomique ; et que par l'effet de l'habitude, certaines idées peuvent surgir spontanément et mettent en jeu les ressorts de la pensée sans que la conscience intervienne, cela par un véritable automatisme.

La mémoire dépend de la stabilité organique de certains faits, et la valeur d'une opération mentale de la perfection de structure du cerveau. On peut affirmer qu'une idée, une notion, un acte mental quelconque, a son siège dans un département cérébral donné, et que la stimulation de cette région peut avoir pour résultat la répétition inconsciente de cet acte mental. La simple audition du nom d'un objet, d'une fleur par exemple, suffit pour évoquer à l'esprit, à l'insu de la conscience, les mille détails qui s'y rattachent. C'est que « la parcelle d'énergie » mentale, par laquelle cette fleur est connue, est profondément » gravée dans le cerveau, et la stimulation nécessaire pour » faire revivre cette notion, se dépense d'elle-même sans que la » conscience lui soit plus nécessaire qu'elle ne l'est à une action » réflexe proprement dite. » Si cet objet n'est pas parfaitement gravé dans le tissu cérébral, la conscience et la volonté devront intervenir pour rappeler à l'esprit sa configuration.

L'altération sénile de la mémoire, avec les caractères qui lui sont propres, est en parfaite concordance avec cette théorie. Le vieillard se rappelle merveilleusement les événements anciens de son existence, parce qu'ils se sont gravés parfaitement dans la substance cérébrale ; avec la dégénérescence de l'âge, le tissu du cerveau ne se prête plus à des impressions nettes, et les faits récents ne laissent dans cette trame altérée que des traces superficielles. Le trouble amnésique des paralysés généraux

s'explique par un procédé semblable. Le professeur de clinique trouve au lit du malade un diagnostic difficile plus rapidement que ses élèves. Cela tient à ce que les différents actes intellectuels qui doivent le conduire au résultat, ont été dès longtemps, par leur répétition fréquente, profondément gravés (expression vulgaire bonne à répéter parce qu'elle est exacte) dans le cerveau et qu'une simple stimulation suffit pour les faire se reproduire spontanément; l'attention n'intervenant que pour résumer ces actes, et indiquer au professeur qu'il est arrivé au résultat, le diagnostic.

Le cerveau peut être considéré comme l'ensemble d'une multitude de centres représentant respectivement par leur structure, un fragment de connaissances, d'idées, de sentiments, d'émotions, dont le concours constitue le fonctionnement mental de l'homme. L'activité de ces centres peut être mise en jeu par la répétition du sentiment qui primitivement les a fait naître, ou encore par le transport dans certaines circonstances de l'excitation d'un centre à un centre voisin, par suite, dit M. Trèves, de la continuité de structure. C'est l'explication physique du phénomène de l'association des idées.

La théorie que nous venons de résumer a pour but de définir la véritable nature de l'esprit poétique. Il est évident, d'après ce qui précède, qu'à certaines conditions structurales du cerveau doivent correspondre des caractères psychiques donnés. Certains hommes se distinguent, par exemple, par une exactitude remarquable d'observation, une mémoire correcte et solide, une grande précision dans le raisonnement, et l'esprit de méthode. Le fonctionnement psychique s'exerce chez eux avec la régularité d'une machine; d'autres individus, au contraire, montrent une confusion constante dans les idées, leurs raisonnements sont vagues et leur mémoire fugitive. Il est logique d'admettre que l'enregistrement organique se fait chez les premiers plus parfaitement que chez les autres. Pour connaître les conditions physiques et physiologiques de la faculté poétique il suffit de mettre en lumière celles de l'imagination. Or on peut admettre en y réfléchissant un peu, que l'imagination pour se produire doit exiger les conditions de structure incomplète dont il vient d'être question, et la faculté poétique doit consister dans la déviation d'une impression originelle qui au lieu de se fixer sur un centre seul, se propage par des voies indéterminées dans des centres vosins de manière à produire des résultats inattendus.

Prenons un homme doué d'une organisation normale. La

vue d'une renoncule ne provoque jamais chez lui qu'une idée simple. Les idées de fleur, de coupe, d'or, siègent dans leurs centres respectifs et ne sont pas susceptibles d'être mises en jeu par la diffusion de l'excitation primitive d'un centre voisin. Chez le poète cette réunion a lieu. Les images isolées de fleur, de coupe, d'or, imparfaitement organisées dans la trame cérébrale, arrivent à se confondre, et il en résulte pour le poète une impression définitive qui est une idée nouvelle surajoutée à l'idée initiale. Enfin, il importe, pour que la faculté poétique soit vraie, que les idées évoquées simultanément aient un lien commun (couleur, figure), et qu'elles soient choisies conformément aux règles de l'esthétique.

Le poète a donc une organisation anormale, et M. Trèves insiste sur les nombreux points de contact qui existent entre les poètes et les aliénés. Il termine par cette remarque : que l'imagination merveilleuse des enfants s'explique par une considération anatomique semblable. Chez eux en effet les conditions de structure de cerveau sont encore imparfaites et les impressions psychiques n'ont pas encore à se fixer une tendance définitive.

Une note fort courte, mais intéressante sur l'emploi de la digitale dans le traitement de la manie, a été écrite par le Dr Hunter Mackenzie, de l'asile de Glocester, qui a eu l'heureuse pensée d'enrichir de tracés sphygmographiques l'une des observations qu'il a publiées. On peut s'assurer, d'après ces dessins, que l'amélioration constatée dans l'état mental correspond exactement aux modifications apportées par le médicament à la tension artérielle ; c'est l'intérêt principal de la première observation. La deuxième n'est pas un succès. Après une amélioration réelle, le médicament a été suspendu et le malade, sorti prématurément, a été ramené peu après à l'asile.

M. Mackenzie a fait les remarques suivantes qui ont leur importance pratique. L'efficacité de la digitale est incontestable chez les malades âgés de dix-huit à trente ans; elle échoue chez les vieillards. Pour ces derniers, l'insuccès s'explique par l'état athéromateux des artères qui s'oppose à l'action physiologique du médicament, et aussi par ce motif que le médecin se montre plus circonspect dans l'emploi d'un remède dangereux, pouvant déterminer la rupture des tuniques vasculaires dégénérées. La digitale trouve sa principale indication dans la manie aiguë des femmes, à incubation courte, chez les sujets

qui ne sont pas trop anémiques. Son utilité est contestable dans la mélancolie aiguë et la manie chronique. La manie récurrente se trouve mieux des injections sous-cutanées de morphine. Relativement aux conditions du système vasculaire, notre confrère pense que l'état des vaso-moteurs fournit l'indication la plus importante, et il recommande le médicament dans les cas où s'observe un pouls petit, fréquent, au-dessus de 100, souvent supérieur à 120, dans la position assise, des modifications fonctionnelles du grand sympathique, telles que : alternatives de contraction et de dilatation des capillaires de la face, de froid et de chaleur à la surface du corps, une contraction modérée des pupilles qui peuvent être dilatées, des bruits dans la tête et dans les oreilles, tous ces signes coïncidant avec une grande irritabilité de caractère. M. Mackenzie admet que la digitale exerce son action sur le système vaso-moteur, et nous avons vu que son insuccès s'explique chez les vieillards par l'impuissance du médicament sur les vaisseaux altérés. La digitale est administrée jusqu'à ce que le pouls tombe de 110-120 à 60-70 par minute, en même temps se manisfeste une augmentation dans l'impulsion cardiaque et dans la tension artérielle. L'intermittence et l'irrégularité du pouls disparaissent, mais ils peuvent se montrer de nouveau par la surexcitation du pneumogastrique. L'indication est alors de suspendre le traitement.

Dans la troisième et dernière partie de son travail, le Dr Nicolson s'occupe de la responsabilité de la société, et des moyens de prévenir la folie des criminels. La question posée est la suivante : lorsqu'un homme devient aliéné et irresponsable pour lui et ses actes, qu'advient-il de sa responsabilité ? L'antagonisme qu'a soulevé la question de la responsabilité criminelle entre les hommes de loi et les médecins, était inévitable ; les uns et les autres la jugeaient à un point de vue différent. Il importe que l'accord se fasse entre les deux corporations, car cette question n'est ni légale ni médicale ; elle est avant tout sociale. Le médecin, qui veut définir la responsabilité, considère en principe l'aliénation mentale comme une maladie, et détermine son influence perturbatrice sur la conduite d'individus astreints, en leur qualité de membres du corps social, à l'observance d'un code. Le jurisconsulte, procédant autrement, s'empare des règles morales et sociales et soutient qu'en principe tous les hommes ont l'esprit sain et sont responsables de la non-observance de ces règles, jusqu'à preuve du contraire.

Pour les cas non criminels, l'entente est parfaite. La loi prescrit, en effet, qu'un individu ne peut pas être enfermé dans un asile et privé de sa liberté sans un certificat médical. Mais avec la criminalité, l'antagonisme apparaît, et résulte sans doute d'une exagération réciproque. L'accord devra se faire sur une formule qui empêchera, d'une part, la science médicale de défendre les malades au préjudice des intérêts sociaux ; d'autre part, la société d'exercer ses prérogatives au détriment des êtres qui souffrent.

Notre confrère caractérise, d'après les idées du professeur Bain, la responsabilité humaine. « La moralité, dit ce penseur, » n'est ni la prudence ni la bonté dans leurs manifestations » primitives et spontanées, mais la codification systématique » des actions prudentes et bonnes, rendues obligatoires par la » pénalité légale, motif entièrement distinct, créé artificielle- » ment par la société humaine, mais devenu si familier à chaque » membre de cette société, qu'il devient une seconde nature. »

Plus loin, en définissant la conduite morale, M. Bain fait ressortir l'ambiguïté du terme « moral » qui peut signifier mental dans une acception, et, dans l'autre, correct, conforme au droit, au devoir. Pris dans ce dernier sens, un être moral est un être responsable. L'idée de responsabilité englobe quatre idées secondaires : 1° l'existence de la loi ; 2° le pouvoir de l'enfreindre ; 3° une accusation possible contre le transgresseur ; 4° la possibilité pour ce dernier de répondre à l'accusation ; 5° l'existence d'une pénalité dans le cas où la réponse ne triomphe pas de l'attaque. Enfin la punissabilité (qu'on nous pardonne ce néologisme dont M. Nicolson est le premier coupable) doit être justifiée par les deux conditions suivantes : 1° elle est exercée par la société ; 2° il doit y avoir chez l'homme puni une balance uniforme entre la peine et les efforts déployés pour l'éviter. Chez l'aliéné l'une de ces deux conditions, la deuxième, n'est pas remplie ; c'est pourquoi l'aliéné n'est pas punissable et devient irresponsable.

Le discernement du bien et du mal est inséparable de la peine. L'un est la justification de l'autre. Discerner le bien du mal, c'est savoir que celui qui fait mal est puni, et qu'en évitant de mal faire on s'épargne un châtiment. Le discernement est donc nécessaire pour affirmer la responsabilité d'un homme.

Pour résumer ce qui précède, nous dirons avec notre confrère : que la question de la responsabilité oscille autour d'un pivot qui est formé par le discernement et le pouvoir d'agir pour

ne pas encourir de pénalité. Connaissance du bien et du mal, pouvoir de diriger ses actes conformément à cette connaissance, telles sont les conditions nécessaires de la responsabilité. C'est parce qu'ils ont méconnu l'existence de ces deux éléments essentiels que le jurisconsulte et le médecin n'ont pu se mettre d'accord. Le premier ne voulant admettre que le discernement, le second attachant de son côté une importance exclusive au second élément de la responsabilité. Heureusement cette division tend à disparaître, comme on l'a vu dans la première partie de cet essai. En 1878, la chambre des Communes a été saisie par M. Russel Gurney, d'un projet d'amendement à la loi sur l'homicide. Sir J. Fitz-James Stephen, qui en est l'auteur, l'a conçu en ces termes :

L'homicide n'est pas criminel, si l'individu qui l'a commis s'est trouvé à l'époque où il l'a commis, empêché par une maladie :

1° De connaître la nature de l'acte ;

2° De comprendre que l'acte est défendu par la loi ;

3° De comprendre que l'acte est moralement mauvais ;

4° De contrôler sa propre conduite.

M. Nicolson fait remarquer que cette formule peut se ramener à la sienne. Il a demandé en effet comme garantie de la responsabilité une balance uniforme entre la peine et l'action déployée pour l'éviter ; ou bien, ce qui est tout un, entre la notion du bien et du mal et le pouvoir d'agir conformément à cette notion. En d'autres termes : si un homme malade est privé du discernement et ne peut se conduire en conséquence, il doit être considéré comme irresponsable. La loi pénale qui est faite pour les criminels, vise plus directement ceux qui n'évitent pas le mal que ceux qui s'abstiennent de bien faire. Elle demande à l'homme de faire un choix et de diriger sa conduite de manière à éviter le mal. L'homme sain a donc le pouvoir de résister aux suggestions mauvaises, de *contrôler* ses actes. Telle est l'origine de cette expression nouvelle qui a été employée par le chef de la justice en Angleterre.

Bien que les idées qui viennent d'être émises aient été tacitement sanctionnées en maintes occasions, il s'est trouvé rarement des juges qui aient bien voulu les reproduire dans leurs résumés. Toutefois notre confrère mentionne deux procès, à Maidstone en 1865, et à Kingston en 1872, dans lesquels le juge a reconnu, devant les jurés, la nécessité de s'assurer si l'accusé avait, oui ou non, son pouvoir de contrôle. Point n'est

besoin d'ajouter que la formule de M. Fitz-James Stephen, qui est d'accord avec la philosophie, est aussi conforme aux principes de la science médicale. Nombre de médecins distingués, MM. Robert Jamieson, Bucknill, Orange, Maudsley, Taylor, etc., lui ont donné leurs suffrages.

Le criterium de la responsabilité criminelle étant trouvé, il reste à indiquer les rapports de la société avec chacun de ses membres. Et d'abord que faut-il entendre par le « mens sana » ? Les conditions qui réalisent l'intégrité mentale ne sont pas les mêmes chez tous les individus. Il est évident qu'un laboureur et un juge, tous deux sains d'esprit, ne sont pas également doués au point de vue mental. Il n'existe donc pas de mesure de l'intelligence saine. Le « mens sana » n'est pas une entité absolue, mais un état psychique essentiellement relatif. S'il est relatif, quels sont les facteurs qui le produisent? Lorsqu'on veut apprécier l'état mental d'un homme, on songe beaucoup moins à scruter ses pensées intimes, qu'à juger ses actes extérieurs.

La société a créé une mesure du devoir moral. Cette mesure est la conséquence nécessaire de l'agrégation des êtres humains, et l'appréciation de l'intégrité mentale d'un homme résulte de la comparaison, à l'aide de cette mesure, de la conduite de cet homme avec celle des autres membres de la société. Les facteurs qui déterminent l'intégrité mentale, sont donc d'une part, l'individu qui pense et agit, de l'autre la société qui voit et juge. Tant qu'un homme est en possession de ses facultés, il doit pouvoir rendre compte à la société de tous ses actes, et il en répond personnellement. La société a établi des règles pour tous ses membres; elle leur demande, comme garantie de sa propre existence, de les observer rigoureusement. Si un homme les enfreint, il encourt la flétrissure et devient criminel. Après le « mens sana » le « non compos mentis ». Lorsqu'un homme a perdu l'intégrité mentale, qu'une maladie l'a privé du discernement et du contrôle de sa conduite, sa responsabilité cesse. Voilà un principe universellement admis, mais on n'a pas songé à en déduire la conclusion, qui est pourtant forcée. Si cette homme n'est plus responsable, qui doit répondre pour lui ? Evidemment l'autre facteur de l'intégrité mentale, la société, dans son acception collective. Bien que cette responsabilité soit laissée aux parents, amis et voisins de l'aliéné, elle n'en incombe pas moins finalement à la société qui a le devoir de veiller à ce que les aliénés ne puissent pas être nuisibles, et

par suite le droit de prévenir leurs actes criminels. M. Nicolson en déduit la conclusion pratique de son travail : la société a le pouvoir de prévenir par des mesures sages la plupart des crimes commis par les aliénés, de même qu'elle a pu conjurer par d'autres moyens les ravages de la variole, des maladies infectieuses.... Qu'on se place à un point de vue général ou individuel, cette vérité paraît évidente. Le traitement des aliénés dans les asiles en en guérissant un certain nombre, en empêchant le reste d'être dangereux, est un moyen de combattre la folie criminelle. Les inspecteurs de l'aliénation mentale, les directeurs d'asile sont les mandataires que la société a investis du soin de la sauvegarder, en séquestrant les malades dangereux. Mais il arrive trop fréquemment que leur autorité est impuissante à empêcher les parents et amis des aliénés de les retirer de l'asile, et ces malheureux une fois libres deviennent criminels. Ce résultat eût pu être évité par une réglementation plus sévère. Pour ne citer qu'une catégorie de malades, combien de crimes seraient conjurés en entourant les femmes qui se trouvent dans la période puerpérale d'une surveillance plus rigoureuse. M. Nicolson rapporte, d'après les journaux, un grand nombre d'actes criminels, commis par les aliénés en liberté. Il serait facile de grossir ce chapitre. Il conclut en disant : la société s'est fort préoccupée jusqu'ici de la liberté des individus, il est temps qu'elle songe à sa sécurité propre. En terminant, il pose la question suivante : A quel point précis finit la responsabilité de l'individu et commence celle de la société ? Comment sera réglé le rôle protecteur et arbitraire qu'elle doit s'attribuer ? En ce point s'arrête l'étude de notre confrère, et nous regrettons qu'il n'ait pas consacré un chapitre de plus à la solution de cette question délicate, qui est la plus intéressante de toutes celles qu'il a abordées, puisque c'est la question pratique.

Au chapitre des notes et cas cliniques sont résumées deux observations d'ataxie locomotrice avec des symptômes d'ordre mental, simulant la paralysie générale; observations recueillies par MM. Plaxton et Bevan Lewis. Leur intérêt consiste en ce qu'elles présentent un processus pathologique et un ensemble de symptômes presque semblables avec des lésions entièrement différentes. Nous en indiquons les traits les plus saillants.

I. — Un homme de 47 ans, sculpteur, a toujours été sobre. Démarche ataxique depuis neuf ans. Aliéné depuis six semaines par

suite de causes morales. Délire érotique, a essayé de séduire sa nièce. Incapable de se livrer aux travaux de son art. Malpropre. A son entrée, montre de la perversion morale et de l'optimisme; mémoire intacte; ataxie très marquée; obtusion de la sensibilité des jambes jusqu'aux genoux; mouvements spasmodiques des membres. Peu après, idées de grandeur et de richesse; reçoit sa force du génie de la lampe d'Aladin; conceptions délirantes sur l'art; alternatives d'exaltation et de lucidité. Deux ans après l'admission, démarche un peu plus pénible; apparition d'un spasme clonique occupant les jambes et les cuisses, et d'un trouble sensoriel grave; sensation d'un corps qui se déplace sur la peau depuis les orteils jusqu'à l'aine. Croit que ses jambes sont remplies d'ordures. Délire du poison; refus d'aliments. A partir de cette époque souffrances horribles; ne dort que sous l'influence du chloral. Un mois plus tard, accidents paralytiques, coma et mort, onze ans après l'apparition de l'ataxie locomotrice.

Autopsie. — Rien à l'encéphale, à part une induration manifeste du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée. L'altération capitale siège au rachis. Traînée cunéiforme de dégénérescence grise, occupant les cordons postérieurs. Visible à l'œil nu, cette partie altérée devient translucide par la glycérine.

Examen microscopique. — Région cervicale. Supérieurement, la lésion se limite au fascicule grêle de Goll; au-dessous elle s'étend sur la plus grande partie des cordons postérieurs, comprenant la substance gélatineuse et les fibres des racines postérieures. Colonnes de Goll surtout très sclérosées et, dans leurs parties périphériques, les fibres ascendantes sont presque entièrement remplacées par un tissu connectif à grosses fibres. Teinte plus foncée de cette région due à la présence de nombreux corps amyloïdes. Atrophie fasciculée des fibres ascendantes du faisceau cunéiforme, où la sclérose s'étend en dedans jusqu'à la commissure postérieure, et à la substance gélatineuse. Dans les régions cervicales inférieures, disparition presque complète des fibres nerveuses transversales des zones des racines postérieures, ces racines sont envahies par une prolifération de tissu connectif. Atrophie, raréfaction, et augmentation des cellules des cornes postérieures. Les corps amyloïdes sont les plus nombreux dans les régions présentant les changements atrophiques les plus avancés.

Région dorsale. — Même altération aux colonnes de Goll et aux fascicules cunéiformes que dans la région cervicale; pig-

mentation des cornes postérieures; nombreuses cellules de Déiter dans la substance gélatineuse; quelques corps amyloïdes dans les colonnes antéro-latérales.

Région lombaire. — Sclérose plus prononcée encore. Transformation fibreuse des colonnes de Goll avec corps amyloïdes. Ailleurs les lésions sont identiques à celles notées à la région cervicale, mais avec plus d'intensité. Dans toute l'étendue de la moelle, les cellules des cornes antérieures sont infiniment moins compromises que celles des cornes postérieures.

II. — Homme de 36 ans, tailleur, atteint d'ataxie locomotrice progressive depuis cinq ans. Chagrins domestiques datant d'un an. Aliéné depuis dix jours consécutivement à un excès alcoolique. Démence, délire des grandeurs, troubles émotifs. Anesthésie partielle des jambes, de l'abdomen et des bras jusqu'aux coudes. Inégalité pupillaire, démarche ataxique.

Quatre ans après l'admission, inflammation d'une bourse rotulienne et, peu après, érythème du poignet et de l'avant-bras gauches avec diarrhée; puis, aggravation de l'état général, prostration, perte presque complète du langage; contractions douloureuses des mains, des bras et des jambes. Diarrhée profuse Peu d'heures avant la mort, apparition de plaques noires sur la fesse gauche et les deux talons.

AUTOPSIE. — Le cervelet, le pont de Varole, et la *moelle* ne présentent rien d'anormal.

Cerveau. — Les circonvolutions du vertex, et notamment des régions frontales et pariétales, détruites ou atrophiées; au niveau des points lésés, membranes épaissies *mais non adhérentes*. Substance cérébrale pâle, de consistance plus faible qu'à l'état normal; fluide séreux abondant. Substance grise des circonvolutions et des ganglions de la base du cerveau généralement décolorée.

Examen microscopique. — Lésion limitée à la substance blanche, laissant l'écorce cérébrale parfaitement intacte; nombre considérable de corps sphéroïdaux ou légèrement ovales, disséminés le long des faisceaux de fibres. Ces corps sont de grandes cellules, dépourvues de noyaux et d'anneau concentrique, de structure homogène et incolores. Leur diamètre varie. Elles se distribuent dans une direction rectiligne, ou sont disposées en groupes, n'ayant aucune connexion avec les vaisseaux. L'iode, l'acide sulfurique, l'éther, le chloroforme, l'acide osmique, etc., ne modifient pas ces cellules, qui compriment la

névroglie dans leur voisinage. Cette altération rappelle sou beaucoup de rapports, la dégénérescence colloïde.

En tête des notes du trimestre se trouve *in extenso* le rapport présenté à la chambre des Communes par la commission de la loi sur l'aliénation mentale. Tout en faisant remarquer que ce rapport contient plusieurs vœux excellents qui avaient été déjà formulés par lui, notre confrère regrette que ses auteurs aient oublié bon nombre de points intéressants, tels que la propriété des aliénés, les imperfections de la loi en Irlande et en Écosse, la folie des criminels.... Avant que la loi soit définitivement promulguée, il restera encore beaucoup de sujets à examiner.

La commission s'est surtout intéressée à la grande question de la liberté individuelle, et elle a acquis la certitude que les accusations de mauvaise foi et d'abus de pouvoir qui avaient été formulées par certaines personnes n'étaient pas fondées. On a prétendu que des malades ont été illégalement retenus après guérison. L'enquête a démontré qu'ils n'étaient pas guéris et ne pouvaient être laissés en liberté sans surveillance. On s'est plaint aussi du maintien dans les asiles d'individus qui seraient mieux placés dans les work-houses. La commission a pensé qu'il n'y avait pas lieu à donner suite à cette plainte. Elle s'est préoccupée néanmoins des lacunes de la loi, qui peuvent être l'origine d'abus sérieux, et elle a exprimé plusieurs vœux dans l'intérêt de la liberté des personnes. Une première difficulté se présentait dans la nécessité de soigner de bonne heure les aliénés, pour qu'ils aient plus de chances de guérison. Leur placement à l'asile doit être fait rapidement. Le certificat d'urgence, qui est délivré en Écosse par un seul médecin, a son utilité sous ce rapport et pourra être mis en usage dans tout le royaume ; mais si l'aliénation mentale se prolonge au delà des trois journées légales, l'administration devra en être avisée et un nouveau certificat sera délivré par deux médecins. En outre, les commissaires ont pensé que le médecin de l'asile ne devait pas délivrer le certificat d'urgence, à moins d'absolue nécessité. Dans les cas ordinaires, l'admission se fera sur un certificat de deux médecins indépendants de l'établissement. Cette pièce devra contenir des déclarations précises. Indépendamment du rapport exigé du deuxième au septième jour qui suit le placement du malade, il devra être fait, d'après le registre d'observations (case-book), une étude détaillée de l'affection mentale, laquelle sera adressée à l'administration à la fin du

premier mois. Après trois ans à partir de cette époque, une étude semblable sera rédigée tous les ans par le directeur de l'asile.

Toute personne qui signe une demande de placement doit faire connaître ses qualités et ses droits sur le malade. Il appartiendra à l'administration de remplacer cette personne par une autre, si elle le juge convenable. Celui qui aura placé un malade dans un asile devra le visiter ou le faire visiter tous les six mois. Tous les aliénés sans distinction de classe seront traités par la même procédure, et profiteront des visites annuelles des inspecteurs. Pour prévenir la séquestration prolongée des malades guéris ou de ceux qui ont cessé d'être dangereux, les auteurs du rapport conseillent de fréquentes inspections dans les asiles, le droit donné aux inspecteurs de provoquer la sortie immédiate d'un malade, et enfin l'adoption du système des sorties à titre d'essai.

Ils expriment le désir de voir le nom des malades gardés sous la contrainte dans les familles ou dans les maisons religieuses, à titre gratuit, communiqué aux inspecteurs de l'aliénation mentale. Cette communication serait toute confidentielle. Ils voudraient que toute personne pût, comme en Écosse, avec l'autorisation des inspecteurs, faire constater par un médecin l'état d'un malade soumis à ce genre de contrainte. Ils pensent aussi qu'il serait possible d'alléger les asiles d'une partie de leur population, en autorisant le transfert des malades non dangereux dans leurs familles qui profiteraient de l'allocation officielle. L'enquête leur a révélé que la meilleure garantie contre une détention illégale, est le contrôle des visiteurs de la chancellerie. Il serait désirable que tous les aliénés pussent en profiter, car les inspecteurs de l'aliénation mentale, avec leur unique visite annuelle, ne peuvent exercer une surveillance suffisante. La cour de la chancellerie devrait être chargée de l'administration de la fortune des aliénés non dangereux, pour les protéger contre une spoliation de la part de leurs familles. Après avoir émis un vœu relatif à l'utilisation des work-houses, les rapporteurs s'occupent des maisons autorisées (licensed houses).

Il est inutile de restreindre l'admission dans ces établissements, en qualité de pensionnaires libres, aux malades qui ont été l'objet de certificats antérieurs ; mais toute admission devra être notifiée dans les vingt-quatre heures à l'inspecteur de l'aliénation mentale. Les maisons autorisées méritent-elles l'accusation qu'on a dirigée contre elles de prolonger indûment

la séquestration des malades? Les opinions sont très partagées à cet égard. Il faut espérer que bientôt les asiles publics seront installés de manière à recevoir les aliénés de toutes classes; en attendant, le meilleur moyen de contrôle est l'augmentation des pouvoirs des magistrats, et l'accès des asiles rendu facile au public. Entre le vieux système des curieux (sightseers) postés autour de la maison et la pratique de la réclusion rigoureuse, il y a un moyen terme, le système des portes ouvertes, auquel les commissaires se montrent favorables. Dans certaines circonstances toutefois, il convient de s'opposer à ce qu'un malade soit visité, lorsque, par exemple, on veut l'entretenir prématurément de ses affaires. Le refus de visite devra être alors mentionné sur un registre spécial et rapporté aux inspecteurs. La correspondance des malades devra être protégée, car elle est une garantie contre la séquestration arbitraire. Les lettres des aliénés ne seront pas ouvertes par le directeur; selon qu'il le jugera convenable, il les fera partir *fermées* à leur adresse ou les gardera; celles qu'il aura interceptées seront adressées *fermées* à l'inspecteur, le jour même. Des affiches seront posées en évidence dans l'asile pour informer les malades de leur droit d'écrire et de solliciter une visite de l'inspecteur de l'aliénation mentale. Enfin, toute personne sortie d'un asile pourra prendre connaissance des documents qui se rattachent à sa séquestration. En terminant leur rapport, les commissaires consacrent quelques lignes à la question internationale; ils demandent qu'une liste soit dressée de tous les Anglais séquestrés pour aliénation mentale chez les nations voisines, et de tous les étrangers en traitement dans les asiles d'Angleterre.

Le même chapitre contient des extraits d'un mémoire publié par sir James Coxe, peu de temps avant sa mort, intitulé: *De l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'État*. C'est un résumé des opinions que le savant inspecteur a émises devant le Dillwyn Committee. Dans ce travail sont traitées avec une compétence indiscutable diverses questions sur notre spécialité. C'est d'abord le rôle du médecin. Nul n'a plus que lui qualité pour décider de la séquestration d'un aliéné. Non seulement il est plus apte qu'un autre à distinguer l'aliénation mentale, mais encore il peut faire dès le début un diagnostic utile pour le traitement. Mais il est fâcheux que les médecins non spécialistes soient généralement inférieurs à leur tâche. « en un an 12,175 » certificats médicaux ont été délivrés dans le pays, 2,314 ont » dû être retournés pour correction. »

Sir James Coxe s'occupe ensuite des attributions des visiteurs de la chancellerie. Ces fonctionnaires qui n'exercent leur juridiction que sur un petit nombre de malades, ont presque une sinécure; tandis que les inspecteurs en nombre insuffisant, sont écrasés de besogne. Il serait bon d'élever le chiffre des inspecteurs et d'abaisser celui des visiteurs de la chancellerie. Il faut espérer d'ailleurs que les provinces pourront un jour avoir des asiles confortablement aménagés pour les malades des classes élevées. L'auteur termine par quelques réflexions utiles sur la nécessité d'instituer de bonne heure le traitement de l'aliénation mentale, en facilitant l'admission des malades, et sur l'avantage qu'il y aurait à rendre plus rare l'explosion de la folie en moralisant les masses et veillant sur la santé des individus. L'éducation de l'enfance occupe une large place, comme il est juste, parmi les moyens prophylactiques proposés par le regretté et éminent inspecteur.

Sous ce titre : *Metalloscopie* nous lisons la traduction d'un article du *Berliner Klinische Wochenschrift* où sont rapportées les expériences de burquisme faites à la Salpêtrière par la commission de la société de biologie.

Une étude intéressante sur la pratique de l'alimentation forcée chez les aliénés jeûneurs et notamment chez les hystériques, a paru, dans le *British Medical Journal*, sous la signature du Dr Campbell de l'asile de Carlisle. Ce médecin pense que les hystériques en liberté qui se condamnent à un jeûne prolongé sont de véritables aliénés qu'il faut pouvoir contraindre à se nourrir par les moyens moraux et coërcitifs. Il est partisan convaincu de l'alimentation forcée, qu'il emploie systématiquement après deux jours complets de refus d'aliments de la part du malade. Il croit pouvoir affirmer d'après sa propre expérience et d'après celle du Dr Clouston cité dans cet article, que l'alimentation forcée sauve la vie à un grand nombre de malades et offre peu d'inconvénients. En cinq ans, 35 malades ont été nourris artificiellement à l'asile de Carlisle; de nombreux succès y ont été obtenus surtout chez les hystériques, chez lesquels le refus d'aliments ne se complique pas d'une affection viscérale. Le procédé employé a été la pompe stomacale avec un tube flexible.

Dans son dernier rapport sur l'asile de Fife et Kinross, le Dr Fraser rapporte les mécomptes qu'il a éprouvés pour avoir voulu faire garder au dehors des aliénés inoffensifs. Par suite de l'in-

curie de leurs gardiens, deux femmes aliénées sont devenues enceintes. Ces faits graves et le désagrément inséparable du contact des imbéciles, ont poussé la population de Kennoway à adresser une pétition au « général Board of Lunacy » pour être débarrassée des malades. Dans le même rapport, le Dr Fraser préconise le système des portes ouvertes.

Enfin, ce chapitre, qui est bien rempli, donne des fragments d'un article à sensation publié par le Dr Spitzka, de New-York, dans le journal *of Nervous and Mental Disease*. C'est une adresse à la société névrologique de New-York, et l'auteur y dirige des attaques violentes contre ses confrères d'Amérique. L'organisation défectueuse de l'enseignement clinique des maladies mentales, la science des aliénistes de son pays, et même leur gestion comme directeurs d'asile, tout cela est passé tour à tour au fil de sa plume acérée, qui n'épargne même pas l'association américaine des directeurs médecins, à laquelle il reproche de ne pas admettre dans son sein les médecins adjoints. Quoi qu'il y ait de justifié dans les attaques du Dr Spitzka, nous déplorons avec notre confrère de Londres sa conduite anticonfraternelle. Dans un temps où les procédés de vitupération et d'intempérance de langage sont à la mode dans la pressse politique, il est profondément triste de les voir faire invasion dans la littérature médicale.

La Revue donne l'analyse du très intéressant travail du Dr Daniel Hack Tuke : « L'aliénation mentale dans la vie moderne et la vie ancienne avec chapitres sur sa prévention.»

La séance trimestrielle de l'Association médico-psychologique s'est tenue à Glascow le 15 mars 1878, sous la présidence de du Dr Robertson. Cette séance, dont le compte rendu est consigné aux « notes et nouvelles », a été remplie par une discussion intéressante sur les hallucinations des buveurs, après la lecture du mémoire du Dr Turnbull dont nous avons récemment donné l'analyse. Le Dr Robertson a constaté souvent l'unilatéralité des hallucinations dans l'alcoolisme et surtout dans l'alcoolisme aigu. A propos du siège anatomique des hallucinations, M. Ireland rappelle les travaux du Dr Luys et la thèse plus récente du Dr Ritti. M. Yellowlees a insisté sur la variété de l'appareil symptomatique dans l'alcoolisme.

A la fin de la séance le Dr Fairless a déposé sur le bureau la copie d'un projet de loi qui doit être présenté à la chambre des Communes, ayant pour objet de contraindre les médecins

aliénistes et ceux qui exercent des fonctions publiques à subir un examen spécial. Le Dr Wallace s'est élevé contre une telle mesure, dont le caractère anormal porte atteinte aux droits et aux privilèges de la profession médicale.

Une autre loi qui vient d'être promulguée par la chambre des lords donne le droit aux médecins d'Écosse et d'Irlande de signer des certificats pour l'Angleterre et réciproquement.

Les notes et nouvelles contiennent en outre, d'après divers journaux, plusieurs éloges funèbres de sir James Coxe, et l'annonce du décès du Dr Gardener Hill, l'un des apôtres du non-restraint dans la Grande-Bretagne.

Signalons en terminant deux polémiques engagées sur des sujets bien différents.

Le Dr Philimore, directeur de l'asile de Nottingham, a constaté dans son rapport annuel, d'après le livre bleu de 1877, que l'érysipèle a sévi dans un grand nombre d'asiles, dont quelques-uns étaient neufs. Il attribue la mortalité plus considérable de ces établissements à l'infection résultant de l'ouverture des corps. Il se déclare l'ennemi des travaux nécropsiques, et dans une lettre écrite au *British medical journal*, il discute le droit pour les directeurs d'asile de procéder à un examen cadavérique. M. Mac Dowall s'est constitué le défenseur de l'anatomie pathologique. Dans une lettre énergique adressée au *Mental science*, il combat les assertions de son confrère. D'après lui ce n'est pas l'amphithéâtre qui infecte les asiles neufs, où s'observent non seulement des érysipèles, mais encore des fièvres typhoïdes et des diarrhées, mais leurs mauvaises conditions hygiéniques et surtout l'installation défectueuse de leurs égouts. Il conclut en déclarant que les autopsies sont indispensables aux progrès de la science mentale.

M. Harrington Tuke ayant cru devoir d'après certains passages du rapport des inspecteurs pour 1876, critiquer devant la commission d'enquête l'aménagement et l'organisation des hôpitaux enregistrés, M. Clouston en sa qualité d'éditeur de *Mental science* a plaidé dans le dernier numéro de ce journal la cause de ces établissements publics. Comme il a eu le malheur dans son article de toucher tant soit peu à la maison de santé du Dr Tuke, il s'en est suivi une échange de lettres d'ailleurs fort courtoises entre les mandataires de celui-ci et l'éditeur du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Compte rendu du service médical de la section des hommes de l'asile d'aliénés de Bron pour l'année 1879; par M. le Dr Max Simon. Lyon, 1880; br. in-8.

— De la marche circulaire de la folie; thèse de Montpellier, 1880; par le Dr H.-S. Gérard; br. in-8.

— Etude anthropologique sur les Botocudos; par M. le Dr Ph. Marius Rey; thèse de Paris, 1880; br. in-8.

— Etude clinique sur les prodromes de l'accès épileptique; par M. le Dr Gustave Pierre; th. de Paris, 1880; br. in-8.

— Die Provinzial-Srren, Blindenund-Taubstummen-Anstalten der Rheinprovinz. Dusseldorf, 1880; vol. in-4.

— Recherches cliniques sur le traitement de l'excitation maniaque par l'opium; par M. le Dr Fr.-L. Brun; th. de Lyon, 1880; br. in-4.

— Archives de neurologie. Revue trimestrielle des maladies nerveuses et mentales publiée sous la direction de MM. J.-M. Charcot; rédacteur en chef, Bourneville; secrétaire de la rédaction, H. de Boyer. Le premier fascicule vient de paraître. Il contient des articles de MM. J. Charcot, Debove, Bourneville, Gombault, Delasiauve, d'Olier, H. de Boyer, etc., etc. Il comprend 180 pages in-8 et 4 planches en chromo-lithographie. On s'abonne au bureau du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, Paris. Abonnement pour un an : Paris, 16 fr.; France, 17 fr, Europe, 18 fr.; outre-mer (en dehors de l'union postale), 20 fr.

— Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire, suivie de recherches sur la situation juridique des fous et des incapables à l'époque romaine; par le Dr Legrand du Saulle. 1 vol. in-8. Paris, 1881. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

— Sclerosis of the nervous centres mainly cerebral; par le Dr Harbinson, médecin de l'asile de Lancastre. Broch. in-12. Londres, 1880.

— Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire; paralysie consécutive du nerf pneumogastrique (remarques sur les cynergies morbides du nerf pneumogastrique); par le Dr Henri Huchard, médecin des hôpitaux. Broch. in-8. Paris, 1880.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1881.

La Société médico-psychologique a procédé, le 27 décembre 1880, au renouvellement de son bureau pour l'année 1881. Ont été élus :

Président : M. Luys.
Vice-président : M. Dally.
Secrétaire général : M. Motet.
Secrétaires annuels : MM. Ritti et Paul Moreau (de Tours).
Trésorier : M. Aug. Voisin.

LISTE DES MEMBRES

Membres honoraires.

MM.
Carrière.
Dechambre, O. ✻.
Des Etangs, ✻.
Durand (de Gros).
Janet (Paul), O. ✻.
Bourdin.
Maury (Alfred), O. ✻.

MM.
Michéa, ✻.
Ott.
Girard de Cailleux, O. ✻.
Legrand (Maximin), ✻.
Foville (Achille), fils.
Fournet.

Membres titulaires.

MM.
Baillarger, rue de l'Université, 8.
Ball, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 3.
Billod, rue de Rivoli, 166.
Blanche, 15, rue des Fontis, à Paris-Auteuil.
Bouchereau, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.
Bourneville, 6, rue des Ecoles.
Brierre de Boismont, 108, Grande-Rue, à Saint-Mandé (Seine).

MM.
Brochin, 7, boulevard Saint-Michel.
Calmeil, à Fontenay-sous-Bois (Seine).
Christian, maison nationale de Charenton.
Collineau, 187, rue du Temple.
Constans, 11, rue Paul-Louis Courier.
Cotard, à Vanves (Seine).
Dagonet, asile Sainte-Anne.
Dagron, 25, rue Montaigne.
Dally, 5, rue Legendre.

MM.

Delasiauve, 35, rue du Sommerard.

Doutrebente, asile de Blois (Loir-et-Cher).

Dumesnil, 10, rue de l'Arrivée.

Falret (Jules), 114, rue du Bac.

Fournié (Edouard), 11, rue Louis-le-Grand.

Goujon, 90, rue Picpus.

Guignard, 10, rue de l'Arrivée.

Lamaëstre (Espiau de), asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Marne).

Lasègue, 4, rue Perrault.

Legrand du Saulle, 29, quai Saint-Michel.

Lipas, 8, place de la Madeleine.

Loiseau, 26, rue Vieille-du-Temple.

Lolliot, 67, rue de Rivoli.

Lucas (Prosper), asile Sainte-Anne.

MM.

Lunier, 6, rue de l'Université.

Luys, 20, rue Grenelle-Saint-Germain.

Magnan, asile Sainte-Anne.

Mesnet, 161, rue de Charonne.

Meuriot, 17, rue Berton.

Mitivié (Albert), 260, boulevard Saint-Germain.

Moreau (de Tours), 6, rue de Beaune.

Moreau (de Tours) Paul, 6, rue de Beauvais.

Motet, 161, rue de Charonne.

Ritti, maison nationale de Charenton.

Rota, 90, rue Picpus.

Rousselin, asile Saint-Yon, à Rouen.

Sémelaigne, au château de Saint-James, à Neuilly (Seine).

Sémerie, 2, rue Laffitte.

Voisin (Auguste), 16, rue Séguier.

Voisin (Jules), 43, rue de Trévise.

Membres correspondants.

MM.

Boileau de Castelnau, à Nîmes.

Macario, à Nice.

Marchand, à Toulouse.

Teilleux, au Mans.

Sauze, à Marseille.

Azam, à Bordeaux.

Rousseau, à Auxerre.

Niepce, à Allevard.

Etoc-Demazy, au Mans.

Baume, à Quimper.

Lannurien, à Morlaix.

Desmaisons, au Bouscat, près Bordeaux.

Brunet, à Evreux.

Bonnet, à Châlons.

Fusier, à Chambéry.

Labitte, à Clermont (Oise).

Laurent, à Rouen.

Bonnefous, à Leyme (Lot).

MM.

Dumont (de Monteux), à Rennes.

Dunant, à Genève.

Lacour, à Lyon.

Laffitte, à Pau.

Arthaud, à Lyon.

Sarreau, à Bayonne.

Renault de Motey, à Douai.

Petit, à Nantes.

Campagne, à Avignon.

Broc, à Quatre-Mares.

Saint-Lager, à Lyon.

Danner, à Tours.

Papillaud, à Saujon (Charente Inférieure).

Ollier, au 6e chasseurs.

Bouteille, à Marseille.

Darnis, à Montauban.

Hildenbrand, à la Charité (Nièvre).

MM.
Dufour, à Saint-Robert, près Grenoble.
Fabre, à Saint-Lizier (Ariège).
Hospital, à Clermont-Ferrand.
Péon, à Breuty (Charente).
Masbrenier, à Melun.
Marel, à Auch.
Hurel, à Gaillon.
Sizaret, à Maréville.
Taguet, à Dijon.
Parant, à Toulouse.
Lailler, à Quatre-Mares, près Rouen.
Mordret, au Mans.
Prosper Despine, à Marseille.
Sisteray, à Bordeaux.

MM.
Solaville, à Poitiers.
Gallopain à l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Marne).
Picard, à la Malgrange, près Nancy.
Langlois, à l'asile de Maréville.
Mabille, à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise)
Cullerre, à La Roche-sur-Yon.
Fabre de Parrel, à l'asile de Quatre-Mares, près Rouen.
Biaute, à l'asile de Blois.
Armaingaud, à Bordeaux.
Giraud, à Maréville.

Membres associés étrangers.

MM.
Ramaer, à la Haye (Hollande).
Biffi, à Milan.
Bisch, à Coste.
Pii y Molist, à Barcelone.
Pujadas, à Barcelone.
Bucknill, à Londres.
Tuke (Daniel-Hack), à Londres.
Girolami, à Rome.
Frézé, à Kassan (Russie).
Herzog, à Saint-Pétersbourg.
Salomon, à Malmo (Suède).
Azzuri, à Rome.
Berti, à Venise.
Lokhart-Robertson, à Londres.
Maudsley, à Londres.
Harrington Tuke, à Londres.
Mundy, à Vienne.
Mongeri, à Constantinople.
Tonino, à Turin.
Miraglia, à Naples.
De Krafft-Ebing, à Grätz (Styrie).
Schlager, à Vienne.
Cramer, à la Rosegg (Soleure).
Fetscherin, à St-Urban (Lucerne).
Lombroso, à Turin.
John Sibbald, à Edimbourg.
Berliny, à Malmo (Suède).
Backel, à Venise.

MM.
Mackintosh, à Glasgow (Ecosse).
Vermeulen, à Gand.
Ingels, à Gand.
Van den Abeele, à Bruges.
Sannicola, à Aversa.
Perla, à Aversa.
Cardona, à Pesaro.
Monti, à Parme.
Semal, à Mons.
Lentz, à Froidmond.
Leidesdorf, à Vienne.
Lefebvre, à Louvain.
Bateman, à Norwich.
Obersteiner père, à Vienne.
Masoin, à Louvain.
Morselli, à Macerata.
Rothe, à Varsovie.
Bini, à Florence.
Stacchini (Carlo), à Florence.
Lubelski, à Varsovie.
Funaioli, à Sienne.
Palmerini, à Sienne.
Tamburini, à Pavie.
Giné y Partagas, à Barcelone.
Echeverria, à New-York.
Mierzejewski, à Saint-Pétersbourg.
Giacchi, à Fermo (Italie).
Brosius, à Bendorf.
Van der Lith, à Utrecht.
Persijns, à Meerenberg.

MM.
Van der Bogaert, à Rosmalen.
Van der Swalme, à Delft.
Donkersloot, à Dondrecht.
De long, à Amsterdam.

MM.
Hubrecht, à La Haye.
Mortimer-Granville, à Londres.
Gray, à New-York.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 5 janvier 1881, pris en conformité du décret du 3 du même mois portant réorganisation du Conseil supérieur des prisons, M. le Dr Lunier, inspecteur général des services administratifs (section des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés ; service sanitaire des prisons), a été nommé membre du Conseil supérieur des prisons.

— *Arrêté du* 6 *novembre* 1880. — M. le Dr Caillau, ancien interne de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), en remplacement de M. le Dr Dubuisson, appelé à d'autres fonctions et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêtés du* 22 *novembre* 1880. — M. le Dr Espiau de Lamaestre, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine), est nommé directeur-médecin du même établissement et placé dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) à partir du 1er décembre 1880.

— M. le Dr Bigot, directeur-médecin de l'asile de Châlons, est nommé directeur-médecin de l'asile de Vaucluse (Seine) en remplacement de M. le Dr Billod, admis à faire valoir ses droits à la retraite ; M. le Dr Bigot a été placé dans la classe exceptionnelle de son grade.

— M. le Dr Henri Bonnet, directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne), est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons.

— M. le Dr Poret, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— M. le Dr Danis, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais) (réunion des fonctions) en remplacement de MM. Giraut, directeur, et le Dr Florimont, médecin en chef, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, par suite de suppression d'emploi ; M. le Dr Danis a été placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

— M. le Dr Allemandou médecin adjoint de l'asile de Bailleul, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban et placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.)

— M. le Dr Homéry, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.) à partir du 1er janvier 1881.

— M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.) à partir du 1er décembre 1880.

— *Arrêté du 8 décembre 1880.* — M. PRIEUR, directeur de la maison municipale de santé, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne et placé dans la 1re classe de son grade (7,000 fr.)

— *Arrêté du 10 décembre 1880.* — M. le Dr PONS, médecin en chef de l'asile de Nice, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.)

— M. le Dr ADAM, interne de l'asile de Châlons, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul et placé dans la 3e classe de son grade (2,000 fr.)

— *Arrêté du 1er janvier 1881.* — M. le Dr DUBUISSON, agréé en qualité de médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot), a été, sur sa demande, mis en disponibilité comme médecin adjoint de l'asile de la Roche-Gandon.

— *Arrêté du 8 janvier 1881.* — M. le Dr BRUN, chef de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Bron en remplacement de M. Pierret et placé dans la 3e classe de son grade (2,000 fr.).

— *Arrêté du 12 janvier 1881.* — M. le Dr PEYBERNÈS, médecin adjoint de l'asile de Blois, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges, en remplacement de M. le Dr Lhomme, décédé, et placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.)

— *Arrêté du 15 janvier.* — M. le Dr GALLOPAIN, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard en remplacement de M. le Dr MABILLE nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse.

— *Arrêté du 24 janvier 1881.* — M. le Dr BIAUTE, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Blois.

— *Arrêté du 26 janvier 1881.* — M. le professeur PIERRET, médecin adjoint de l'asile de Bron, a été nommé médecin en chef de la section des femmes du même établissement, en remplacement de M. le Dr Taguet, nommé précédemment directeur-médecin de l'asile de Dijon; M. le Dr Pierret a été placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr).

NÉCROLOGIE.

Nous apprenons une douloureuse nouvelle, Le Dr EDOUARD SEGUIN est mort à New-York le 28 octobre, à l'âge de 68 ans. Né à Clamecy, Seguin fit ses études au collège d'Auxerre et au lycée Saint-Louis. Presque aussitôt après, il s'appliqua spécialement à l'éducation des idiots; en 1835, il ouvrit une institution qui servit de modèle à 75 établissements du même genre fondés dans divers pays. Il s'occupa de ce sujet pendant toute sa carrière, et, à sa mort, il était président d'une association de médecins chargés de l'instruction des idiots.

Le Dr Seguin quitta la France en 1848 pour aller aux Etats-Unis; il passa dix ans dans l'Ohio, puis revint chez nous. Lorsqu'il retourna en Amérique, il s'établit à New-York et c'est là qu'il a demeuré jusqu'à sa mort. Il a contribué à la création de

onze écoles d'idiots aux États-Unis. En outre d'un nombre considérable de travaux sur l'idiotie, il a publié : *Prescription and clinical record*, 1865-77 ; *Mathematical tables of Vital Signs*, 1865-77 ; Rapport officiel sur l'éducation à l'exposition de Vienne de 1873 ; et *International Uniformity in the Pratice and Records of physic*, 1876. C'était un chaud partisan de la généralisation du système métrique ; il avait également fait de nombreuses recherches sur la thermométrie médicale et sur la température du corps humain ; il avait publié sur ce sujet, en 1876, l'un de ses meilleurs ouvrages. Au dernier congrès de l'association médicale américaine, il avait fait une communication sur l'éducation physiologique de la main des idiots.

— Le Dr N. Lauder-Lindsay est décédé à Edimbourg, le 21 novembre 1880, âgé de 50 ans. Il avait rempli de 1854 à 1880 les fonctions de directeur-médecin de l'asile royal de Murray à Perth ; précédemment il avait été quelque temps médecin adjoint de l'asile de Crichton à Dumfries. Lauder-Lindsay était un travailleur infatigable, un lecteur *omnivore*, dit le *Journal of mental science*. Il commença par s'occuper de botanique et publia une *Histoire des lichens anglais* qui est restée populaire.

Comme médecin aliéniste, il produisit un grand nombre de mémoires originaux sur la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène des aliénés, sur leur régime alimentaire et spécialement sur l'emploi de la glycérine comme agent engraissant, sur l'administration des asiles, la retraite des médecins attachés à ces établissements, l'emploi des moyens de contrainte. De tous ses travaux, les plus importants furent consacrés à l'étude de la psychologie comparée, et son principal ouvrage traite de *L'esprit chez les animaux inférieurs, à l'état de santé et de maladie*. Jamais Lauder-Lindsay ne voulut se soumettre à la pratique absolue du no-restraint officiellement prescrite dans les asiles anglais ; jamais il ne laissa passer une occasion de protester contre l'exagération de cette théorie qu'il désignait sous le nom de «Conollisme». Les partisans de cette théorie reconnaissent eux-mêmes que Lauder-Lindsay n'obéissait, en cela, à aucune sévérité outrée, à aucun esprit de rigueur envers les aliénés; au contraire, il était très bienveillant pour les malades et les traitait avec beaucoup de douceur. Mais il pensait que dans quelques cas, l'emploi des moyens de contention était plus utile que nuisible et il ne voulait pas consentir à subir, dans une question d'ordre scientifique et de pratique médicale, une consigne qu'il considérait comme outrée. Son appréciation et sa conduite, en ce qui concerne le no-restraint, étaient donc absolument conformes à celles de la grande majorité des médecins aliénistes français.

Lauder-Lindsay avait pris sa retraite il y a un an environ ; sa santé était déjà très altérée par les fatigues et le travail ; il ne put jouir que bien peu de temps du repos qu'il avait si laborieusement acquis.

Lhomme. — M. le docteur Lhomme, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Bourges, président de l'Association des

médecins du Cher, est décédé à l'âge de soixante-six ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

M. le docteur Lhomme était un administrateur très distingué ; c'est après avoir pris connaissance de son rapport sur la façon dont il entendait l'organisation de l'asile d'aliénés du département, rapport fort remarquable, que le conseil général du Cher résolut de réunir entre les mains de M. Lhomme la direction administrative et médicale de cet important établissement, résolution dont on n'eut qu'à se louer dans l'avenir.

A ce pénible labeur auquel il consacrait tout son temps, M. Lhomme a contracté les germes de la maladie qui l'a emporté.

C'est à son instigation qu'ont été édifiés ces vastes bâtiments élevés sur l'emplacement de Beauregard et qui, dans un avenir prochain, feront de l'asile du Cher un des plus complets établissements d'aliénés de France.

Comme membre du conseil d'hygiène, M. Lhomme a rendu aussi d'importants services et son opinion, appuyée sur une longue et laborieuse pratique, a souvent prévalu au profit des intérêts matériels de la population.

Le département du Cher perd en M. le docteur Lhomme un citoyen distingué, dont le nom restera à jamais attaché à une grande œuvre humanitaire.

Sur la tombe, M. le docteur Burdel a adressé les derniers adieux à celui qui fut son collègue et son ami, et a rappelé en termes émus la laborieuse carrière médicale du défunt.

Messieurs,

C'est au nom de l'amitié, au nom de la fraternité, et surtout au nom de l'Association médicale du Cher, que je viens près de cette tombe, qui bientôt va faire disparaître à nos yeux les restes mortels de notre confrère le docteur Lhomme, que je viens, dis-je, remplir le pieux et douloureux devoir d'adresser un dernier et suprême adieu à celui qui fut, pendant vingt-deux ans, le président aimé et estimé de notre Association.

L'émotion que nous ressentons tous dans ce moment, les larmes qui à cette heure étreignent le cœur de ses parents et de ses amis, ce sol enfin si lugubre et si triste que nous foulons en cet instant, tout m'interdit de vous dire quelles furent les qualités de celui que nous pleurons, car je ne dois pas un instant prolonger votre douleur.

Mais qu'il me soit permis du moins de vous dire à vous tous qui venez le pleurer, et qui avez pu le connaître et l'apprécier, de vous dire, parce que je sens que mes paroles ne sont que l'écho des vôtres et que je les vois pour ainsi dire monter de votre cœur à vos lèvres, de vous dire que le docteur Lhomme, pendant tout le temps qu'il exerça la médecine, fut le type de l'honnêteté, du dévouement, plus encore : qu'il fut l'esclave du devoir.

Mais pour nous médecins, pour nous ses confrères, ses associés à cette famille médicale du Cher, qu'il avait su non sans peine grouper et réunir en un seul faisceau ; pour nous qui avons pu le juger et l'apprécier, nous pouvons dire qu'il avait

donné son cœur et son âme à cette œuvre de fédération dont il a été le fondateur et l'ouvrier le plus actif et le plus zélé.

Vous l'avez si bien compris que, pendant vingt-deux ans, vous n'avez cessé de lui donner par l'unanimité de vos suffrages, pour le maintenir à la présidence, un témoignage d'estime et de reconnaissance qui, je le crois, lui a été jusqu'à ces derniers jours, une douce consolation aux souffrances qu'il endurait.

Mais si la mort implacable, si la mort qui nous sépare de lui, qui le fait disparaître de nos rangs, de ces réunions qu'il aimait tant présider, et pendant lesquelles il nous montrait son jugement si droit et si juste ; si, dis-je, nous restons privés de ses conseils, son souvenir, nous en sommes convaincus, restera vivant parmi nous.

Son nom sera pour nous tous un drapeau de ralliement, et sa pensée, en planant sur l'intimité de nos réunions, nous guidera longtemps encore dans le chemin qu'il nous a tracé, que nous devons poursuivre, nous et ceux qui nous suivront, en tenant haut et ferme la bannière de l'Union médicale sur laquelle sont inscrites : Assistance, Protection, Solidarité.

Avec le regret cuisant qu'il éprouvait de quitter la vie et tous ceux qu'il aimait, celui de laisser inachevée son œuvre de prédilection, cet asile qu'il avait pour ainsi dire créé et fondé n'était pas le moins pénible. Car il avait pour ainsi dire rattaché à cette œuvre tout ce qui lui restait de vie et de force. De son lit de douleur, il dirigeait et suivait les travaux, et les instants pendant lesquels il travaillait à ses rapports, ou aux écrits que nécessitaient son asile, étaient pour lui les meilleurs et les plus puissants sédatifs aux tortures qu'il endurait nuit et jour.

Son nom et sa mémoire ne périront pas, car on les retrouvera toujours attachés à ce monument ; les fondations et les murs en portent partout l'empreinte.

Adieu donc, cher ami et bien-aimé confrère ! Tous ici nous nous unissons pour t'adresser ce suprême et dernier adieu. Les souffrances si vives dont tu as été le martyr pendant si longtemps et ta vie si bien remplie te feront, nous en avons le ferme espoir, recevoir au séjour des justes.

Car nous sommes de ceux qui pensent que, lorsque tout semble finir ici-bas, une autre vie commence. Cette vie, que nous nommons l'éternité, est le grand problème effrayant et insondable qui fait trembler les plus hardis. A l'heure qu'il est peut-être, tu dois connaître ce secret dont Dieu est tout à la fois le commencement et la fin.

ASILES DE LA SEINE. — CONCOURS POUR L'INTERNAT.

Le concours qui s'est ouvert le 13 de ce mois pour quatre places d'internes en médecine dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Vaucluse, Ville-Evrard et Saint-Anne), vient de se terminer par la nomination par ordre de mérite de :

Internes titulaires : 1° M. Sauton ; 2° M. Gabriel ; 3° M. Auriol ;

Interne provisoire : M. Gastier.

Les questions mises dans l'urne ont été pour l'épreuve écrite:

1° cinquième paire crânienne, anatomie et physiologie ; 2° moelle épinière, anatomie et physiologie ; 3° artères du cerveau; circulation cérébrale ; et pour l'épreuve orale, 1° signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; signes et diagnostic de la fracture du col de fémur ; 2° diagnostic de la variole ; symptômes des fractures de côte ; 3o signes et diagnostic de la pneumonie franche : signes et diagnostic de la fracture de l'extremité inférieure des radius.

On sera extrêmement surpris de voir un nombre aussi restreint de concurrents atteignant à peine celui des places mises au concours. Ainsi cette année, il ne s'est présenté que quatre candidats pour quatre places. Nous croyons savoir qu'il est grandement question de bourses de voyage qui seraient chaque année mises au concours entre les internes en médecine des hospices d'aliénés du département de la Seine.

(*Gazette des hôpitaux*, du 28 décembre 1880).

Concours de clinicat. — Le concours pour l'emploi d'un chef de clinique des maladies mentales, dont le jury se composait de MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Lasègue et Peter, s'est terminé le 14 décembre par la nomination de M.Régis,comme chef de clinique titulaire,et de M. Millet comme chef de clinique adjoint.

ENSEIGNEMENT DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Par décret en date du 20 décembre 1880, rendu sur la proposition du président du conseil, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, la chaire de pathologie et de thérapeutique générales de la Faculté de médecine de Montpellier est transformée en chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Par décret de la même date, M. Cavalier, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef à l'asile d'aliénés, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de la même faculté.

FACULTÉ DE LILLE.

M. Dubiau, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Armentières, est chargé du cours de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Bouteille, démissionnaire.

VISITES DES ASILES D'ALIÉNÉS PAR LES PRÉFETS. — RAPPEL DES PRESCRIPTIONS LÉGALES.

Paris, le 10 novembre 1880.

Monsieur le préfet, les rapports des inspecteurs généraux des établissements d'aliénés constatent que, dans un certain nombre de départements, il n'est pas déféré avec une rigueur suffisante à la prescription légale aux termes de laquelle les préfets «sont

chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. »

Je ne saurais trop insister pour que vous exécutiez à la lettre la loi qui vous oblige à visiter les établissements situés dans votre département.

De graves abus peuvent être ainsi empêchés, le personnel des asiles sera tenu en éveil, encouragé par votre présence, ou inquiété par la menace toujours imminente d'une visite inopinée.

Je considère comme un devoir essentiel de vos fonctions la visite dans les asiles, soit que vous vous y rendiez en personne, soit que le secrétaire général reçoive de vous délégation spéciale à cet effet. J'insisterai même pour que cette délégation n'ait lieu que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Recevez, etc.

Le ministre de l'intérieur et des cultes,
CONSTANS.

Loi *du 27 février 1880, relative à l'aliénation des valeurs mobilières, appartenant aux mineurs ou aux interdits et à la conversion de ces mêmes valeurs en titres au porteur.*

Art. 1er. — Le tuteur ne pourra aliéner, sans y être autorisé préalablement par le conseil de famille, les rentes, actions, parts d'intérêts, obligations et autres meubles incorporels quelconques appartenant au mineur ou à l'interdit.

Le conseil de famille, en autorisant l'aliénation, prescrira les mesures qu'il jugera utiles.

Art. 2. — Lorsque la valeur des meubles incorporels à aliéner dépassera, d'après l'appréciation du conseil de famille, quinze cents francs (1,500 fr.) en capital, la délibération sera soumise à l'homologation du tribunal, qui statuera en la chambre du conseil, le ministère public entendu, le tout sans dérogation à l'art. 883 du Code de procédure civile.

Art. 3. — L'aliénation sera opérée par le ministère d'un agent de change, toutes les fois que les valeurs seront négociables à la Bourse, au cours moyen du jour.

Art. 5. — Le tuteur devra dans les trois mois qui suivront l'ouverture de la tutelle, convertir en titres nominatifs les titres au porteur appartenant au mineur ou à l'interdit, et dont le conseil de famille n'aurait pas jugé l'aliénation nécessaire ou utile.

Il devra également convertir en titres nominatifs les titres au porteur qui adviendraient au mineur ou à l'interdit, de quelque manière que ce fût, et ce dans le même délai de trois mois à partir de l'attribution définitive ou de la mise en possession de ces valeurs.

Le conseil de famille pourra fixer pour la conversion un terme plus long.

Lorsque, soit par leur nature, soit à raison de conventions,

les valeurs au porteur ne seront pas susceptibles d'être converties en titres nominatifs, le tuteur devra, dans les trois mois, obtenir du conseil de famille l'autorisation, soit de les aliéner avec emploi, soit de les conserver; dans ce dernier cas, comme dans celui prévu par le paragraphe précédent, le conseil pourra prescrire le dépôt des titres au porteur, au nom du mineur ou de l'interdit, soit à la caisse des dépôts et consignations, soit entre les mains d'une personne ou d'une société spécialement désignée.

Les délais ci-dessus ne seront applicables que sous la réserve des droits des tiers et des conventions préexistantes.

Art. 6. — Le tuteur devra faire emploi des capitaux appartenant au mineur ou à l'interdit ou qui leur adviendraient par succession ou autrement, et ce, dans le délai de trois mois, à moins que le conseil ne fixe un délai plus long, auquel cas il pourra en ordonner le dépôt, comme il est dit en l'article précédent.

Art. 8. — Les dispositions de la présente loi sont applicables aux valeurs mobilières appartenant aux mineurs et aliénés placés sous la tutelle soit de l'administration de l'assistance publique, soit des administrations hospitalières.

Le conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique et les commissions administratives rempliront à cet effet les fonctions attribuées au conseil de famille. Les dispositions de la présente loi sont également applicables aux administrateurs provisoires des biens des aliénés, nommés en exécution de la loi du 30 juin 1838.

FAITS DIVERS

Congrès international de sciences médicales. — Londres août 1881. — Section iv. *Maladies mentales*. Sujets proposés. — *Anatomie*.—1.Les méthodes de préparation des tissus nerveux. — 2. Les apparences morbides occasionnées par les méthodes de préparation. — 3. Les structures microscopiques des parties spéciales du cerveau. — *Physiologie*. — 1. Le rapport de la localisation cérébrale aux symptômes des maladies mentales, telles que l'hallucination.—2 L'hypnotisme. — *Pathologie*. — 1. L'idiotisme et ses caractères histologiques et morphologiques. — 2. Le rapport entre la folie et la goutte, les maladies rénales la goître exophthalmique et les autres maladies du cerveau.— — *Clinique*. —1. Folie à double forme. — 2. L'influence des maladies incidentes sur la folie. — 3. Folies causées par des agents toxiques. — *Thérapeutique*. —1. L'emploi des bains, des narcotiques, de l'hydrate de chloral, de l'opium, de l'alcool. — 2. Les remèdes nouveaux et peu employés. — *Administration*. 1. Le traitement en maison particulière et en village. — 2.Les nouveaux codes et les projets de lois autrichiens, italiens et anglais. — *Relations civiles des aliénés*. — 1. Mariage. Validité des testaments. — 2. La folie et l'aphasie. — *Relations criminelles des aliénés*. — 1. Des asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

— *La Société française de tempérance* reconnue d'utilité publique, réunie en assemblée générale, le 19 décembre 1880, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1881 :

Président : M. Frédéric Passy, de l'Institut.
Vice-Présidents : MM. les Drs Jules Bergeron et Théophile Roussel, Levasseur et Duverger.
Secrétaire général : Dr Lunier.
Secrétaires généraux adjoints : Drs Decaisne et Vidal.
Secrétaire des séances : Dr Goyard et Guignard.
Bibliothécaire-archiviste : Dr A. Motet.
Trésorier : M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de la Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 15 février 1881, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

De la paralysie générale et de l'alcoolisme en Suède.

(Habitants : 4.500.000.)

Paralysie générale dans tous les asiles d'aliénés du pays

ANNÉES.	ENTRÉS			EXISTANTS au 1er janvier.		
	Hommes.	Femmes.	TOTAL.	Hommes.	Femmes.	TOTAL.
1870	9	1	10	19	2	21
1871	8	1	9	18	2	20
1872	7	1	8	21	3	24
1873	6	1	7	17	2	19
1874	12	0	12	22	2	24
1875	7	1	8	16	2	18
1876	12	1	13	20	2	22
1877	12	1	13	24	2	26
Moy.	8	1	9	20	2	22

Le nombre des malades traités annuellement dans les asiles d'aliénés de la Suède peut être fixé en moyenne à 1,800.

Alcoolisme dans tous les hôpitaux civils.

Les alcooliques ne sont pas reçus dans les asiles d'aliénés.

Alcoolisme chronique

	Existants.	Morts.
1871	126	6
1872	145	13
1873	198	9
1874	182	8
1875	131	4
1876	115	1
1877	126	3

Alcoolisme aigu (delirium tremens)

	Existants.	Morts.
1871	247	20
1872	303	17
1873	397	26
1874	242	26
1875	181	13
1876	113	9
1877	95	8

Suicides et morts subites de cause alcoolique

Suicides

	Chiffre total des suicides	de cause alcoolique
1871	95	26
1872	89	15
1873	129	20
1874	113	27
1875	78	6
1876	79	6
1877	64	9

Morts subites

	Hommes.	Femmes.	Total.
1871	21	3	24
1872	22	1	23
1873	20	1	21
1874	27	1	28
1875	19	1	20
1876	22	3	25
1877	18	0	18

(Note de M. le professeur Kjellberg, de l'université d'Upsal).

L'attentat de l'asile Sainte-Anne. — Le 21 janvier courant, au moment même de la visite médicale, un malade du service de la clinique (asile Sainte-Anne), le nommé Zeumer, atteint de

folie de persécution, s'est tout à coup précipité sur l'interne, M. Boyer et l'a violemment frappé à la tête à l'aide de ciseaux à ongles qu'il tenait à la main. La blessure, située au niveau de la région temporale, entre l'artère et l'arcade sourcilière, n'a atteint fort heureusement que les parties molles, grâce à la mauvaise qualité de l'instrument dont les pointes se sont faussées et émoussées sur l'os. Notre jeune confrère en a été quitte pour quelques jours de repos, et à l'heure où nous mettons sous presse, il a pu reprendre son service.

On a acquis la preuve que les ciseaux dont s'est servi le malade pour accomplir son attentat lui avaient été apportés en cachette par sa femme, en dépit des règlements formels de l'asile qui interdisent rigoureusement l'apport des instruments dangereux.

—*Asile Sainte-Anne. Maladies mentales.*— M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 22 janvier, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'*étude* des *impulsions* et des *actes* des *aliénés* au point de vue du diagnostic et de la médecine légale.

— Clinique de la Salpêtrière. — M. le Dr Aug. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 30 janvier 1881, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 1.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Le myxœdème ou cachexie crétinoïde. — Théorie de M. Tamburini sur la localisation des hallucinations. — La résorcine, succédané inodore de l'acide phénique. — Le somnambulisme devant la Cour d'appel de Paris. — Asile-hospice de Villejuif, destiné aux aliénés incurables du département de la Seine. — Discussion sur les aliénés dits criminels, à la Société générale des prisons. — Projets de réforme de la législation relative aux aliénés en Angleterre ; attaques dirigées contre les asiles privés ; opinion de lord Shaftesbury sur le fonctionnement de la législation actuelle.

En dehors de toute endémie de crétinisme, on observe parfois des cas de crétinisme sporadique qui ne paraissent tenir ni à une influence de milieu, ni à une transmission héréditaire. Ces cas exceptionnels ont été étudiés en France par M. Baillarger, en Allemagne par Behrend, en Angleterre par Fagge; mais on n'a pas réussi, jusqu'à présent, à en donner une explication bien satisfaisante.

Cette explication va, peut-être, ressortir de la connaissance d'une maladie nouvelle, signalée déjà depuis quelques années en Angleterre et mise à l'étude tout récemment en France.

La première description de cette maladie a été donnée en 1873, devant la Société de clinique de Londres, par le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Thomas, Sir William Gull, qui lui attribua, dès lors, le nom d'état crétinoïde. En 1878 et 1879, M. Ord, médecin du même hôpital Saint-Thomas, publia plusieurs observations détaillées de cette maladie, dont une avec autopsie, et proposa de la nommer œdème muqueux ou myxœdème. En 1880, le Dr Savage, médecin de Bedlem, signala les relations qui peuvent exister entre le myxœdème et l'aliénation mentale.

Jusque-là, la maladie n'avait été constatée que chez des femmes adultes. M. Charcot, qui déjà depuis plusieurs années avait observé quelques cas de ce genre, et les avait qualifiés, pour son usage particulier, de cachexie pachydermique, sans avoir rien publié à ce sujet, fit connaître, en juillet 1880, le premier cas observé chez l'homme. Juste à la même époque, différents journaux de médecine français publiaient, sur cette maladie, des travaux de MM. Hadden, Olive, Thaon. Enfin, tout récemment, dans une de ses leçons cliniques de la Salpêtrière, M. Charcot, après avoir rappelé les observations antérieures, y a ajouté celle d'un jeune homme faisant partie de la division des idiots de Bicêtre. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 29 janvier 1881, où se trouvent les indications bibliographiques de tous les travaux qui viennent d'être énumérés.)

De cet ensemble de documents, il résulte que la nouvelle maladie est caractérisée, extérieurement, par une déformation générale des contours du corps, existant à la fois, à la tête, aux membres et au tronc. Partout, la peau est soulevée et distendue par un gonflement œdémateux, dur, résistant, non dépressible sous le doigt, dû à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané par une substance spéciale, semi-liquide, mucoïde, de consistance gélatineuse. Par suite de ce gonflement général, la face est élargie, le front fait saillie; la distance qui sépare les yeux se trouve aug-

mentée; le nez est aplati; le gonflement des joues, le boursouflement des paupières, la distension des lèvres et leur renversement au dehors, la tuméfaction de la langue, achèvent de donner à la physionomie un aspect des plus caractéristiques, qui rappelle tout à fait celui des crétins. En même temps le corps est empâté, les membres sont uniformément cylindriques, les mains larges et courtes ont la forme d'une bêche, les pieds rappellent ceux de l'éléphant. Partout la peau est sèche, âpre et rude au toucher, squameuse; aux mains et aux pieds elle acquiert un épaississement presque corné; les sécrétions sudorale et sébacée font complètement défaut; les poils se raréfient et disparaissent; les ongles, les dents s'altèrent et tombent.

A ces symptômes physiques s'ajoutent, d'une manière constante, des symptômes cérébraux consistant en un état habituel de torpeur, d'apathie, de somnolence; les fonctions intellectuelles sont ralenties et même presque complètement suspendues; parfois il y a du délire, des hallucinations et un véritable état de démence.

Tels sont, du moins, les accidents cérébraux observés chez les sujets adultes.

Mais lorsque le myxœdème se déclare dans l'enfance, il aurait pour résultat, d'après M. Charcot, d'arrêter complètement le développement physique et intellectuel.

Le jeune homme de 19 ans, appartenant au service de M. Bourneville, qu'il a montré à son cours, ne paraît, en effet, avoir que quatre ou cinq ans; il a la face large et aplatie, le nez élargi, les lèvres renversées; les organes génitaux sont restés rudimentaires, les dents sont tombées. En même temps, il présente les symptômes de l'œdème dur, généralisé.

Ce portrait est également, sauf la différence du sexe, celui d'une jeune fille qui a été longtemps dans le service de M. Baillarger à la Salpêtrière (Enquête sur le goître et le crétinisme, 1873, p. 29). Dans les deux cas, défaut

presque complet de tout développement intellectuel et moral.

Rapprochant tous ces faits, M. Charcot se demande, au moins à titre d'hypothèse, si le myxœdème qui, chez les adultes, ralentit et suspend l'exercice des fonctions intellectuelles, n'aurait pas pour effet, chez les enfants, d'arrêter le développement de ces mêmes fonctions, de les enrayer définitivement à l'état rudimentaire. Ce serait, on le voit, la justification complète de la théorie de M. Baillarger sur la nature du crétinisme.

En supposant que cette hypothèse, qui est très plausible, se trouve confirmée par des études ultérieures, il resterait à trouver, d'une part, quelles sont les causes du myxœdème, d'autre part, quel est le mécanisme de son influence suspensive ou abortive sur les fonctions cérébro-spinales.

Sur le premier point, les travaux publiés ne contiennent encore rien de tant soit peu précis.

Quant au second, deux explications ont été proposées.

D'après l'une, le cerveau serait envahi, comme le tissu cellulaire sous-cutané, et comme certains organes parenchymateux, par l'infiltration de substance mucoïde, gélatiniforme. Mais, dans la seule autopsie qui ait été pratiquée jusqu'à présent, le Dr Ord a recherché, avec soin, cette substance dans le tissu cérébral, et il n'en a trouvé aucune trace. Il a été alors amené à supposer que, par suite de l'englobement des extrémités nerveuses périphériques dans le tissu cellulaire sous-cutané endurci, de leur étouffement pour ainsi dire, les impressions extérieures cessent de parvenir normalement aux centres nerveux, et que ceux-ci, à leur tour, privés de leurs excitants centripètes ordinaires, cessent d'agir ou n'agissent plus que très lentement. Mais à cette opinion on peut objecter que l'on n'observe pas de symptômes cérébraux du même genre, ainsi que cela devrait être, chez les sujets frappés d'anes-

thésie, non plus que chez ceux qui sont affectés d'éléphantiasis.

Il serait donc prématuré de vouloir, dès maintenant, expliquer le phénomène; de nouvelles études réussiront probablement à résoudre ce problème. En tout cas, il serait très intéressant de soumettre à un examen attentif les quelques cas de crétinisme sporadique disséminés dans les asiles d'aliénés, pour voir s'ils présentent les symptômes caractéristiques du myxœdème ou cachexie pachydermique, et s'ils justifient, ainsi, l'hypothèse de M. Charcot.

Nous avons fait connaître, dans notre précédente chronique, la théorie de M. Luys sur les lésions caractéristiques qui existeraient, chez les hallucinés, dans le lobule paracentral, dans les circonvolutions ascendantes ou dans la couche optique. Nous avons aussi rappelé que, d'après M. Hammond (de New-York), ce dernier organe ne serait jamais le siège d'une lésion anatomique sans qu'il y ait eu, pendant la vie, des hallucinations de la vue.

Nous devons signaler encore une autre théorie relative à la localisation des phénomènes hallucinatoires. C'est celle de M. Tamburini, professeur de clinique des maladies mentales à l'université de Modène (*Revue scientifique*, nº du 29 janvier 1881).

D'après lui, l'hallucination a pour cause fondamentale un état d'excitation des centres sensoriels corticaux, c'est-à-dire des points de l'écorce cérébrale où se perçoivent les impressions reçues par l'intermédiaire des différents organes, et où sont déposées les images mnémoniques sensorielles.

Mais quels sont ces points de l'écorce cérébrale où se perçoivent les différentes impressions sensorielles?

L'auteur, d'après Ferrier, Panizza, Munck, et d'après ses propres recherches, les place dans la partie postérieure du cerveau. Il précise même d'avantage, car, d'après certaines recherches cliniques publiées en 1879, il croit pouvoir éta-

blir que « chez l'homme les lésions de la circonvolution an-
» gulaire et du lobe occipital, s'accompagnent de troubles
» visuels allant parfois jusqu'à la cécité, et dans certains
» faits il existe un rapport bien établi entre les lésions de
» la première circonvolution temporale et les désordres
» auditifs. »

L'auteur établit, en outre, une comparaison intéressante entre la nature des accidents morbides correspondant aux altérations des deux zones corticales motrice et sensorielle.

« Les lésions destructives des centres moteurs, suivies de
» paralysie, dit-il, sont ordinairement précédées d'un état
» d'excitation qui s'accuse par des convulsions épilepti-
» formes ; dans celles des zones sensorielles, il y a, égale-
» ment, avant le début du processus de destruction, une
» période d'irritation caractérisée par des hallucinations,
» Celles-ci seraient aux altérations des centres sensoriaux
» ce que les mouvements épileptoïdes sont à celles des
» centres moteurs. »

M. Tamburini cite, à l'appui de cette manière de voir, l'autopsie d'une jeune femme morte à l'asile de Reggio, et qui, avant d'être atteinte du délire des persécutions, avait été, pendant de longues années, troublée par des hallucinations intenses de tous les sens. Il y avait chez elle un ramollissement de l'écorce de la deuxième circonvolution pariétale, étendu jusqu'à l'origine de la première temporale, outre d'autres lésions importantes du cerveau et de plusieurs viscères.

Ce n'est pas sur un petit nombre de cas qu'une théorie aussi importante peut être établie, surtout lorsque l'on a trouvé des lésions multiples.

Mais il est évident que l'on fait, en ce moment, de grands efforts pour découvrir les rapports qui existent entre les hallucinations et les lésions localisées du cerveau. Toutes les autopsies doivent donc être faites et décrites avec beau-

coup d'attention et avec des détails suffisants pour que leur signification puisse être bien appréciée.

On ne méconnaît pour ainsi dire plus, aujourd'hui, les avantages de la méthode de Lister et de l'emploi des préparations phéniquées. S'il y a encore des divergences théoriques, il n'en reste presque plus dans la pratique ; on devrait donc faire un grand usage de l'acide phénique et des préparations dont il est la base, dans la plupart des services hospitaliers, et en particulier dans les asiles d'aliénés, tant pour la désinfection des locaux que pour le pansement ou le lavage des plaies. Cependant l'odeur désagréable des produits phéniqués est un inconvénient sérieux qui restreint leur usage et parfois y fait complètement renoncer. M. le Dr Dujardin-Beaumetz a récemment entretenu la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 janvier 1881) d'un nouvel agent antiseptique, la résorcine, benzine cristallisable, blanche, très soluble, que l'on peut extraire de certaines plantes, notamment de l'assa fœtida, mais que l'on peut aussi obtenir directement, par synthèse.

Cette substance antifermentescible, que l'on emploie beaucoup, depuis quelque temps, en Allemagne, et que M. Dujardin-Beaumetz vient d'expérimenter dans son service d'hôpital, aurait les mêmes propriétés que l'acide phénique et pourrait être utilisée aux mêmes usages. Mais elle aurait sur lui l'avantage d'être très soluble et de n'avoir aucune odeur. Elle se recommande donc à l'attention des médecins d'asile et pourrait leur rendre des services très appréciables.

La Société médico-psychologique a entendu, dans sa dernière séance (31 janvier 1881), le récit fait par MM. Motet et Mesnet, d'un cas de médecine légale à sensation, qui a récemment défrayé la chronique judiciaire des journaux politiques, où il a été l'objet des interprétations les plus excen-

triques. Le nommé D..., accusé d'outrage public à la pudeur, se trouvait être un ancien malade de l'hôpital Saint-Antoine. M. le Dr Mesnet, dans le service duquel il avait fait un séjour prolongé en 1879, avait constaté qu'il était sujet à des accès de somnambulisme pendant lesquels il commettait, d'une manière inconsciente, des actes dont il ne conservait aucun souvenir pendant la vie ordinaire, mais dont le souvenir lui revenait avec précision dès qu'il se trouvait en état de somnambulisme naturel ou provoqué.

M. le Dr Motet, chargé d'une expertise médico-légale, a rédigé un rapport concluant à l'irresponsabilité. A l'appui de ses conclusions, il a fait, à huis clos, devant les membres de la Cour d'appel, une série d'expériences à la suite desquelles les magistrats ont prononcé l'acquittement.

Il resterait à établir, à un point de vue purement médical, la nature exacte du fait pathologique et l'explication scientifique dont il est susceptible. M. le Dr Mesnet, qui a déjà observé et publié plusieurs cas plus ou moins analogues, annonce qu'il fera prochainement connaître celui-ci dans tous ses détails.

Les éclaircissements apportés par un observateur aussi honorable et aussi compétent, dans une question entourée de beaucoup d'obscurité et qui prête facilement à des commentaires plus ou moins risqués, ne peuvent manquer d'être accueillis avec empressement par le corps médical.

Au dernier moment, nous devons signaler encore le curieux problème relatif à la responsabilité des femmes atteintes d'hystéro-nymphomanie, soulevé par l'attitude de Marianne Laborde dans le procès scandaleux qui vient de se dérouler devant les assises de Bordeaux. Il y aura, sans doute, lieu de revenir sur ce sujet. Aujourd'hui nous ne pouvons que l'indiquer.

On a souvent discuté la question de savoir si, dans le traitement des aliénés, il fallait séparer les malades

curables de ceux réputés incurables ; s'il convenait d'affecter aux premiers des asiles plus complètement organisés et par conséquent plus dispendieux, et de réserver aux seconds des refuges plus simples et plus économiques.

C'est dans le sens de la séparation des deux classes d'aliénés que le problème a été résolu dans différents pays étrangers. C'est ainsi que le grand-duché de Bade a l'asile d'Illenau pour les cas récents et l'ancien établissement de Pforzheim pour les cas chroniques ; de même, dans le canton de Zurich, on a organisé, depuis quelques années, un refuge d'incurables à Rheinau et un asile pour les curables à Burghölzli. Partout, en Angleterre, il y a deux ordres d'établissements affectés au traitement des aliénés indigents, les asiles de comtés et les workhouses.

Jusqu'à présent, en France, les deux éléments de la population n'avaient jamais été séparés, et les asiles recevaient indistinctement toutes les catégories d'aliénés traités à la charge du département. Cette pratique était conforme aux opinions émises par Ferrus, Parchappe, Renaudin et autres et par le *Rapport général* de 1878.

Pour la première fois, une infraction va être faite à cette coutume, mais elle le sera dans des conditions particulières qui l'expliquent et la justifient parfaitement.

Il s'agit, en effet, du département de la Seine qui a, à sa charge, un nombre de plus de huit mille aliénés indigents, et qui, faute d'une quantité suffisante de places disponibles dans ses asiles départementaux et dans les quartiers spéciaux de Bicêtre et de la Salpêtrière, est obligé de faire traiter une très forte proportion de ses malades dans des asiles de province, même très éloignés de Paris.

Afin de remédier à cet inconvénient, au moins dans une certaine mesure, sans faire une trop forte dépense, le conseil général de la Seine a décidé la création, près de Paris, d'un asile-hospice destiné à renfermer douze cents

aliénés chroniques, réputés incurables, qui devront être en même temps faciles à soigner et inoffensifs.

L'établissement occupera le versant méridional du coteau de Villejuif, entre la route d'Italie et la redoute des Hautes-Bruyères ; le terrain désigné comprend dix-huit hectares ; il y aura six cents places pour les hommes et autant pour les femmes. Chaque section se composera de six quartiers de quatre-vingts malades, groupés deux par deux en prolongation l'un de l'autre, d'un quartier spécial de quatre-vingts malades affaiblis et malpropres, et d'une infirmerie proprement dite de quarante lits.

Les services généraux et administratifs occuperont l'axe de l'asile, entre les deux sections de malades. La dépense prévue est d'environ 4,000,000 fr., soit un peu plus de 3,300 fr. par lit ; dans ces limites elle resterait très inférieure au prix de revient de chaque lit dans les asiles actuels du département de la Seine, ce qui est une des conditions auxquelles doit répondre l'asile-hospice projeté.

La question toujours si embarrassante des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels, dans le but de concilier le respect dû à la liberté individuelle avec les exigences de la sécurité sociale, après avoir été longuement discutée, depuis une dizaine d'années, devant la société de législation comparée (1869), la société de médecine légale, le congrès des sciences médicales de Bruxelles (1875) et le congrès international de médecine mentale de Paris (1878), est actuellement en délibération devant la société générale des prisons.

Un rapport fort intéressant de M. Proust, substitut au tribunal de la Seine (voir *Bulletin* de la société générale des prisons, décembre 1879), donne un exposé succinct, mais précis, de l'état de la question en France, et des mesures adoptées à cet égard dans presque tous les pays étrangers. Le rapport se termine par la proposition d'ajouter sept

articles à la loi du 30 juin 1838, qui comprendrait ainsi quarante-huit articles au lieu de quarante et un. Le placement, dans les asiles publics, des aliénés acquittés ou objets d'une ordonnance de non-lieu, serait obligatoire pour les préfets, sur la réquisition du procureur de la République, et l'accord de ce magistrat avec le préfet serait nécessaire pour que ces individus pussent sortir de l'asile. Des asiles spéciaux ou des quartiers d'asiles distincts seraient destinés à recevoir toutes les catégories d'aliénés « dits criminels » et la dépense de ces établissements serait mise à la charge de l'Etat.

Dès le début de la discussion, plusieurs objections sérieuses ont été adressées au projet. Faire dépendre le placement d'un aliéné dit criminel de la requête adressée au préfet par le procureur de la République, ne serait-ce point, simplement, substituer l'arbitraire du parquet à l'arbitraire de l'administration, et le premier ne pourrait-il pas prêter aux mêmes objections que le second ? La position du ministère public, en particulier, ne serait-elle pas parfois très délicate, alors qu'il aurait déjà eu à requérir contre l'accusé comme coupable, avant d'avoir à requérir contre lui comme malade? Pour ces motifs, ne faudrait il pas subordonner le placement dans l'asile, non à une requête du procureur de la République, mais à une décision prise par le tribunal en chambre du conseil ?

Une difficulté plus grande serait celle d'interpréter dans le sens de l'aliénation mentale le verdict d'un jury qui acquitte d'une manière pure et simple, sans donner les motifs, et, par conséquent, sans faire savoir s'il considère l'homme qu'il a acquitté, comme un aliéné ou non.

D'ailleurs, ici, l'on toucherait au code de procédure criminelle et au code pénal, ce qui exige les plus grandes précautions.

Le problème est, on le voit, entouré des difficultés les plus

sérieuses; son étude n'en est que plus intéressante et la discussion dont il est l'objet mérite d'être suivie attentivement.

Du reste, une discussion officielle et générale, organisée par le gouvernement lui-même, va succéder à toutes les discussions relatives à certains points du régime auquel sont soumis les aliénés qui, depuis une dizaine d'années, ont été officieusement soulevées devant différentes sociétés savantes.

On lira plus loin le décret qui institue, à Paris, sous la présidence de M. le Ministre de l'intérieur, une commission supérieur de quarante membres, chargée d'étudier les modifications dont la loi du 30 juin 1838 pourrait être l'objet.

En reprenant une œuvre qui avait déjà été commencée en 1869, le gouvernement français suit une voie où plusieurs pays étrangers se sont déjà engagés dans ces dernières années.

En Angleterre, notamment, la question de la revision de la législation relative aux aliénés continue à être à l'ordre du jour, et elle y est discutée d'une manière très animée. A la suite de l'enquête parlementaire de 1877, dont les *Annales* ont récemment rendu compte (voir le numéro de novembre 1880, p. 449), le gouvernement de la Reine a annoncé l'intention de déposer un nouveau projet de la loi sur la matière, mais cette intention n'a pas encore été réalisée. Plusieurs membres du Parlement ont pris les devants et ont présenté des projets dont le plus important est celui de M. Dillwynn, celui-là-même qui avait été le promoteur de l'enquête de 1877.

Ce bill, à côté d'innovations dont l'utilité ne paraît pas devoir être contestée, en propose une qui donne lieu aux polémiques les plus ardentes. C'est la suppression de tous les asiles privés, ou maisons de santé; ces établissements seraient rachetés moyennant leur valeur matérielle

augmentée d'une indemnité proportionnelle aux produits, et deviendraient des asiles publics. Le Dr Bucknill, qui n'a plus de fonctions officielles, s'est fait le champion le plus ardent de la suppression des asiles privés. Parmi les médecins de ces asiles, les uns protestent avec énergie contre les attaques dont ils sont l'objet; les autres paraissent disposés à accueillir, sans trop de regrets, une loi qui, moyennant une compensation équitable, aurait pour résultat de les délivrer des tribulations de plus en plus pénibles, inséparables des situations qu'ils occupent.

Au milieu de ce conflit d'opinions, il est du plus haut d'intérêt de savoir quelles sont, sur l'ensemble de la législation anglaise relative aux aliénés, les appréciations de l'homme qui, depuis cinquante ans, s'est le plus occupé de la question en Angleterre, et qui, après avoir été le promoteur des réformes successives opérées dans cette législation, est chargé de veiller à sa stricte exécution, en sa qualité de président du conseil des *commissionners in lunacy*.

Le personnage éminent auquel nous faisons allusion, lord Shaftesbury, s'est exprimé à cet égard, de la manière la plus formelle, dans une des dernières réunions de l'Association médico-psychologique anglaise, tenue le 30 juillet 1880. Faisant allusion aux projets de réforme actuellement en discussion, il s'est exprimé en ces termes : « Il y a deux principes que je tiendrais particulièrement à » voir à tout jamais consacrés par la loi de notre pays. Le » premier, c'est que tous les asiles publics et privés con- » tinuent à être placés sous la surveillance d'un corps » d'hommes parfaitement indépendants, et agissant en vertu » de leur propre autonomie. Le second principe le voici : » j'espère que la loi ne mettra jamais aucun obstacle au » traitement, aussi hâtif que possible, de tous les cas de » maladies mentales. Je n'ignore aucune des difficultés dont » cette question est hérissée, mais je connais aussi tous les

» avantages d'un traitement rapide; je sais que si l'on pou-
» vait toujours instituer la médication dès le début, on ob-
» tiendrait une énorme proportion de guérisons; j'espère
» donc qu'on ne se laissera pas fourvoyer par un excès
» de sollicitude en faveur de la liberté individuelle, au point
» de retarder, par des formalités inutiles, les soins immédiats
» à donner aux aliénés » (*Journal of mental science,* octobre 1880, p. 457).

Puissent ces dernières paroles, prononcées par une autorité aussi compétente, avoir en tous pays, sur les décisions des législateurs futurs, l'influence décisive qu'elles méritent à tous égards. Elles y ont d'autant plus de droits que, dans le même discours, lord Shaftesbury a pu dire encore: « Per-
» mettez-moi d'insister sur un fait que j'ai établi devant
» le comité de la Chambre des Communes. J'ai été interrogé
» sur le fonctionnement de la loi actuelle pendant une pé-
» riode de seize à dix-sept ans, de 1859 à 1877. J'ai démon-
» tré que, pendant cette période, on avait délivré
» 185,000 certificats médicaux destinés à faire enfermer
» des citoyens, et quoique l'enquête ait duré six mois, elle
» n'a pas pu faire découvrir un seul exemple dans lequel
» une personne ait été enfermée sans qu'il y eût, pour
» cela, des motifs valables et suffisants. »

Les appréhensions théoriques même les plus sincères ne doivent-elles pas se calmer, lorsqu'elles se trouvent en face d'une réalité pratique aussi rassurante.

Pathologie

Y A-T-IL DE L'ALBUMINE
DANS L'URINE DES ÉPILEPTIQUES?

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la maison nationale de Charenton.

Voilà un problème dont la solution paraît des plus simples, la recherche de l'albumine dans l'urine étant une de ces opérations banales, que chaque médecin est appelé à faire journellement, et pour laquelle il n'est besoin ni d'une grande dextérité, ni d'appareils compliqués, ni de connaissances spéciales en chimie. Il semble que, du jour où la question s'est posée, elle devait être résolue.

Il n'en est rien. Un très-grand nombre d'observateurs se sont occupés de ce problème : les uns affirment qu'après les attaques épileptiques, il y a toujours de l'albumine dans l'urine;—les autres soutiennent qu'il n'y en a jamais. Notez que dans les deux camps on rencontre des hommes rompus aux recherches délicates, excellant dans l'étude des malades, connus par leur talent d'observation et leur probité scientifique.

Faut-il en rester là et se borner à dire : que sais-je?

Entre ces deux opinions extrêmes il y a les éclectiques, ceux qui reconnaissent qu'il y a de l'albumine quelquefois, mais qu'il n'y en a pas toujours. Malheureusement l'éclec-

tisme n'est pas de mise ici, il ne prouve rien. Qu'il y ait des épileptiques albuminuriques, nul ne songe à le nier : on peut être épileptique et avoir par surcroît une maladie de reins. La question n'est pas là.

Ce qu'il importe de savoir, c'est ceci : l'attaque d'épilepsie, complète ou incomplète, détermine-t-elle l'apparition de l'albumine dans l'urine? Il y a intérêt à être fixé sur ce point.

On connaît l'expérience de Claude Bernard, qui, piquant la moelle allongée en certain point du plancher ventriculaire, déterminait une albuminurie transitoire. Si l'attaque d'épilepsie produit le même résultat, on pourrait en induire que l'insult épileptique agit sur la même région. Il y aurait là un fait qui nous renseignerait, non pas précisément sur la nature de l'épilepsie, mais au moins sur la région de l'encéphale spécialement affectée dans l'attaque,— et ce serait quelque chose.

Tout, en définitive, se résume dans le dilemme suivant : Ou il y a de l'albumine dans l'urine des épileptiques, et alors comment se fait-il que tout le monde ne la trouve pas, que quelques privilégiés seuls aient le don de l'apercevoir? —ou au contraire il n'y en a pas; mais alors il est bien plus surprenant encore qu'on en découvre.

Je ne veux pas énumérer ici tous les travaux consacrés à cet ordre de recherches : la liste en serait longue. Je ne veux pas davantage discuter la question de priorité; elle me paraît, dans l'espèce, assez indifférente. Je me bornerai à signaler les publications les plus récentes : elles suffiront à montrer où nous en sommes actuellement.

Dans une communication faite à la Soc. médico-psychologique (séance du 28 juin 1880), M. le Dr Mabille, s'appuyant sur des expériences faites dans mon service à Maréville, et continuées plus tard à l'asile de Blois, conclut qu'on ne rencontre pas d'albumine dans l'urine des épileptiques non brightiques, ni avant, ni pendant, ni après la

période des crises nerveuses. Mes recherches personnelles m'avaient amené aux mêmes conclusions, qui d'ailleurs ont été celles de MM. Moreau (de Tours) et Sailly, Bourneville, etc.

La discussion (1) qui suivit la lecture du mémoire de M. Mabille, devait nécessairement faire citer les travaux qui concluaient différemment; et parmi ces travaux une thèse très consciencieuse, soutenue il y a quelques années devant la Faculté de Paris par un ancien interne de Bicêtre, M. Bazin. A la suite de nombreuses recherches, longuement et patiemment poursuivies, dans les services de MM. Falret et Legrand du Saulle, M. Bazin avait trouvé que l'albumine se rencontre rarement dans l'urine des épileptiques après les attaques isolées, mais qu'elle ne manque jamais dans l'état de mal prolongé; qu'après vingt, vingt-cinq, trente attaques, sa présence est certaine, et qu'elle rend le pronostic très défavorable.

Il y a eu un auteur bien plus affirmatif que Bazin; c'est un Allemand, Huppert, qui dans un mémoire publié *in Virchow's Archiv.* (*B.* 59, p. 367 et suiv.), déclare expressément que toute attaque d'épilepsie (complète ou incomplète) est suivie d'une albuminurie transitoire; que, toutes choses égales d'ailleurs, la quantité d'albumine est d'autant plus considérable, que l'attaque d'épilepsie elle-même a été plus franche, plus complète, que les convulsions ont été plus violentes, plus généralisées.

Et ces conclusions ayant été contestées par d'autres observateurs, Huppert revient à la charge, et, dans l'*Archiv. f. Psychiatrie* (VII, p. 189), renouvelle très catégoriquement ses affirmations premières.

A qui croire? L'embarras était grand; et pour moi qui n'avais jamais su trouver d'albumine, je n'aurais plus osé dire ni oui, ni non. Un mémoire récent, paru dans l'*Ar-*

(1) *Ann. méd. psychol.,* nov. 1880, p. 415 et suivantes.

chiv. f. Psychiatrie (XI, hft. 2, p. 478-506), et dû à la plume du Dr Kleudgen, médecin de l'asile d'aliénés de Bunzlau, me paraît de nature à jeter quelque lumière dans le débat, et je vais le résumer brièvement, d'autant plus volontiers qu'il confirme, indirectement il est vrai, mon opinion.

Le mémoire de Kleudgen est très étendu. Il débute par un historique complet, — du moins au point de vue allemand. Car l'auteur ne fait mention que des travaux publiés en Allemagne; des recherches faites en France il ne parle pas plus que si elles n'existaient pas. Si je signale cette lacune, ce n'est pas pour m'en étonner : nous sommes habitués à cette manière de faire. Quoi qu'il en soit, Huppert a toujours trouvé de l'albumine : Richter (*Arch., f. Psych.*, VI, p. 565), v. Rabenau (*id.* VII, p. 226), Karrer (*Berlin, Klin-Wochenschrift* 1875, no 27), n'en ont rencontré jamais. Fürstner (*Archiv. f. Psych.*, VI, p. 759), Otto (*Berlin. Klin-Wochenschrift*, 1876, no-12), Bruninghausen (*Allg. med. Ctrl.Zeit.* 1880, no 9) en ont trouvé quelquefois.

Ces divergences tiennent elles à la différence ou à l'insuffisance des procédés d'analyse? Et l'erreur n'est-elle pas d'autant plus facile que dans l'immense majorité des cas il ne s'agit que de quantités très faibles d'albumine? Quand on obtient, dans l'urine que l'on examine, un léger trouble, un nuage, une opalescence, cela ne peut-il tenir à autre chose qu'à l'albumine?

Il importe donc de préciser tout d'abord la méthode d'analyse.

Il est de règle de commencer par acidifier l'urine que l'on veut analyser, et l'on se sert habituellement d'acide azotique. Or l'acide azotique a l'inconvénient, quand on laisse reposer l'urine quelque temps, de précipiter les urates; il se forme des cristaux d'acide urique. En outre, par sa réaction sur l'Indican, l'acide azotique donne au liquide une coloration foncée qui peut en imposer. Il est

vrai qu'en chauffant, les urates se redissolvent ; il est vrai aussi que la réaction sur l'Indican détermine un simple changement de couleur, qui n'enlève au liquide rien de sa transparence. Mais on ne saurait contester qu'il y a là des sources de confusion, surtout quand il ne s'agit que de quantités minimes d'albumine. Aussi a-t-on proposé de remplacer l'acide azotique par l'acide acétique.

Si l'on veut d'ailleurs que les résultats des analyses soient comparables, il faut que les urines présentent toutes la même réaction, acide ou alcaline. Mais il est un autre point encore plus important, et sur lequel Kleudgen insiste fortement, *il faut qu'elles aient à peu près le même poids spécifique.*

L'albumine peut exister dans l'urine, et cependant n'être pas précipitée. Cela dépend de causes diverses : — de la réaction de l'urine, — de la présence de sels neutres alcalins, de phosphates, — sans parler de la quantité d'albumine qui peut être si minime que le précipité soit à peine perceptible. A ces causes d'erreurs, il peut s'en joindre d'autres, accidentelles. En voici un exemple : dans l'urine, tirée au moyen de la sonde, de la vessie d'une femme épileptique, on recherche l'albumine ; on obtient un précipité abondant. Mais en y regardant de près et en examinant le précipité au microscope, on découvre que le précipité est dû à du pus. — Chez les hommes, une autre cause d'erreur est la présence du sperme dans l'urine : Kleudgen l'a trouvé chez neuf épileptiques sur dix-neuf. — L'un des meilleurs procédés d'analyse est celui de Heynsius (*Arch. f. Physiol.* B. IX, p 515), adopté par Hoppe-Seyler (*id.* B. XII, p. 584) et par Furstner. Voici en quoi il consiste : après avoir ajouté à l'urine une quantité suffisante d'acide acétique pour obtenir une réaction franchement acide, on y verse quelques centimètres cubes d'une solution concentrée de sel marin ; on chauffe. S'il y a de l'albumine, même en faible quantité, elle est précipitée.

Mais ce procédé a un inconvénient grave, celui de précipiter également la *mucine*; et il est impossible de décider si le précipité obtenu est de l'albumine ou de la mucine.

Pour éviter cette chance d'erreur, Kleudgen emploie la méthode suivante : l'urine, préalablement filtrée, est soumise à l'ébullition ; refroidie légèrement, elle est acidifiée par 6 à 8 gouttes d'acide azotique. La liqueur ayant reposé quelque temps, on y ajoute un volume égal d'une solution concentrée de sulfate de soude, on chauffe et on laisse reposer pendant 16 à 24 heures. Si alors, en chauffant de nouveau la liqueur, on voit persister une certaine opalescence, ou s'il se forme un précipité amorphe, on peut conclure qu'il existe de l'albumine.

Des centaines d'expériences ont convaincu Kleudgen que ce procédé est le meilleur, et que l'acide azotique a sur l'acide acétique l'avantage de laisser la mucine dissoute.

Cette méthode a été expérimentée sur 57 épileptiques (36 hommes et 21 femmes) âgés de 13 à 66 ans, — en moyenne de 30 à 50, — tous épileptiques depuis de longues années. L'urine a été examinée cent cinquante fois, de préférence après des attaques complètes, régulières, avec convulsions généralisées et perte de connaissance. L'urine recueillie était celle que le malade rendait moins de quatre heures après l'attaque. D'ordinaire, dans ce laps de temps, il n'y avait qu'une seule émission d'urine; quand, par exception, il y en avait deux, chacune d'elles était examinée séparément. Il va sans dire que pour l'urine des femmes épileptiques, on avait soin de la recueillir au moyen de la sonde, pour éviter tout mélange de mucus vaginal ou de sang menstruel.

Le résultat de ces expériences a été celui-ci : l'urine n'a conservé sa limpidité que dans $\frac{1}{8}$ des cas environ. Dans l'immense majorité des cas, il ne s'est produit qu'une opalescence légère, indice d'une faible quantité d'albumine;

ce n'est qu'exceptionnellement qu'il y a eu un véritable précipité.

Il semble donc naturel de conclure qu'il y a de l'albumine dans l'urine recueillie après les attaques, mais en minime quantité.

Mais écoutons la contre-épreuve : chez les mêmes épileptiques Kleudgen a examiné l'urine le plus longtemps possible après l'attaque; il est arrivé identiquement aux mêmes résultats, il a obtenu la même gamme de précipités.

Puis, analysant l'urine d'un certain nombre d'aliénés non épileptiques, il a trouvé qu'elle était tout aussi souvent albumineuse que celle des épileptiques.

Enfin, ne se bornant pas à ces expériences, Kleudgen a également analysé l'urine de ses gardiens; sur 32 il en a trouvé 8 qui avaient de l'albumine.

Bref, Kleudgen a trouvé de l'albumine dans l'urine des épileptiques après leurs attaques;

Dans celle des épileptiques en dehors des périodes convulsives;

Dans celle des aliénés, quels qu'ils fussent;

Enfin tout aussi souvent chez des individus qui n'étaient ni aliénés ni épileptiques.

Conclusion : il y a de l'albumine partout, — donc il n'y en a nulle part.

Mais, de ce que tout le monde ait ou puisse avoir à un moment donné de l'albumine dans son urine, s'ensuit-il que tout le monde soit plus ou moins malade des reins? Assurément cette idée ne saurait venir à personne. Pour que l'albumine puisse exister dans presque toutes les urines, il faut que son apparition tienne à des causes physiologiques. Aussi Kleudgen prétend que chaque fois que le poids spécifique de l'urine s'élève, l'albumine y apparaît.

Voici du reste textuellement les propositions par lesquelles se termine le mémoire en question:

Il y a des traces d'albumine dans toute urine qui présente un certain degré de concentration (c'est-à-dire dont le poids spécifique est élevé).

Il peut survenir périodiquement de faibles augmentations de la quantité d'albumine, sans augmentation correspondante du poids spécifique de l'urine, et sans qu'il y ait lieu de supposer l'existence d'une maladie des reins.

L'urine recueillie après une attaque d'épilepsie, ne présente aucune particularité de réaction ni de poids spécifique.

Il est très rare qu'une attaque d'épilepsie détermine une augmentation d'albumine dans l'urine ; quand elle a lieu, elle est toujours très minime. En outre, chez l'homme, elle est due le plus souvent à la présence du sperme.

Les tubes cylindriques n'ont été trouvés qu'une seule fois dans l'urine d'un épileptique atteint de néphrite ; jamais on ne les a vus apparaître après une attaque.

Tel est, résumé brièvement, le travail de Kleudgen. Sera-t-il définitif? Je le souhaite, ne fût-ce que pour en finir une bonne fois avec cette éternelle question.

Archives cliniques

48

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. DE LAMAESTRE.

Manie congestive.

SOMMAIRE. — Idées de grandeur et de richesses. — État d'excitation. — Idées de persécutions et préoccupations hypochondriaques. — Sortie par guérison au bout de trois mois de traitement.

M. de X... est âgé de trente-sept ans, négociant. Il entre à Ville-Evrard le 30 mars 1880.

13 *avril* 1880. Arrière-grand-père maternel atteint de démence sénile, mort à soixante-dix ans dans une attaque d'apoplexie cérébrale.

Grand-oncle maternel, intelligent, mais fantasque, bizarre, original, mort, après une maladie de six semaines, dans la maison de santé de Falret, à Vanves.

Trois tantes maternelles, mortes poitrinaires vers l'âge de vingt ans.

Mère nerveuse à l'excès et d'un caractère très original, très irritable, exalté.

Un frère intelligent, mais de tempérament un peu nerveux, est actuellement préfet.

Tels sont les antécédents héréditaires qui ont pu être constatés. Lui-même a toujours été d'un caractère *mal équilibré* : brusque, boudeur, passionné, des plus fantasques, ayant souvent des projets, des idées extraordinaires ; en somme très difficile à vivre et ayant besoin d'un guide.

Jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans a louché assez fortement; cela s'est guéri graduellement sans traitement.

A fait d'assez bonnes études à Louis-le Grand; a eu plusieurs prix. Rien de bien particulier à noter jusqu'à l'âge de dix-huit ans (s'est masturbé au collège). A ce moment, quand il commença à faire son droit, devint taciturne et l'est toujours resté depuis.

Il ne paraît pas avoir fait d'excès de boissons, ni de femmes : vie assez régulière, onanisme.

En 1871, eut une petite vérole très grave, avec délire la nuit : il faillit succomber.

Depuis, l'intelligence s'en est toujours ressentie et perdit sa vivacité, son brillant : la mémoire diminua aussi.

Il y a dix ans, eut un violent chagrin d'amour qui l'impressionna singulièrement à la suite de vives discussions.

Se livrait encore vers cette époque à des pratiques quotidiennes d'onanisme ; ce qui paraît, malgré les dénégations, assez bien établi à la suite de divers témoignages.

Se maria, il y a sept ans, et fit assez bon ménage; deux enfants, deux filles, sont nées de ce mariage, assez délicates, assez nerveuses, surtout l'aînée. Ces enfants ont eu à un certain moment des habitudes d'onanisme qu'il fallut réprimer.

Se plaignit, il y a deux ans, de fortes et continuelles névralgies à la tête ; le médecin le traita par l'hydrothérapie.

Dans ces derniers temps, depuis un an surtout, eut des soucis d'affaires assez absorbants par suite d'une liquidation de maison de commerce (commission et exportation) dont son père lui transmettait la suite.

Il y a six mois, devint encore plus taciturne que d'habitude, eut des moments de découragement, d'angoisse, des insomnies, des idées de suicide. Le tracas des affaires devint pour lui de plus en plus lourd. Les névralgies à la tête, il y a six mois, firent place à une vive *gastralgie* ; le malade eut des étourdissements (*vertigo a stomacho læso*)

d'après le médecin traitant. Le malade se plaignit aussi de crampes très douloureuses dans les jambes, dans le ventre.

Il y a deux mois à peu près, subitement, par un contraste qui stupéfia tout le monde, la tristesse disparut ; le malade devint gai, tendre, expansif et même parfois trop expansif, loquace, se liant de camaraderie avec le premier venu.

Jusque-là sobre d'habitude, il paraît alors avoir fait quelques excès d'eau-de-vie. Jusque-là économe, il devint large et même prodigue.

Les névralgies, gastralgies, crampes disparurent ; il dit se sentir beaucoup plus fort et ne put plus tenir en place ; insomnies, projets exagérés, tout en restant dans les limites du possible.

Dans le dernier mois, se plaignit passagèrement de quelques fourmillements, dans les mains, dans les jambes, eut la nuit, à divers intervalles, un ronflement subit, rauque, effrayant, accompagné de secousses électriques dans tout le tronc ; une nuit mouilla son lit sans s'en douter, ce qui ne lui était jamais arrivé.

Quinze jours avant de venir ici, fit déjà quelques extravagances, loua pour faire ses courses dans Paris, ses commandes (parfois un peu exagérées et maladroites, bien que restant encore dans le possible) un cheval sur lequel il cavalcadait toute la journée. Il montra dès lors une activité dévorante, se surmena et sans paraître le moindrement fatigué. Un jour, rencontrant des ouvriers dans la rue, sans les connaître, il fraternise et les invite dans un cabaret où il leur paie du vin blanc et des huîtres. Un autre jour il donne en gratification à chacun de ses employés, un billet de 100 fr., ce qui contrastait avec toutes ses habitudes d'économie. Achète des cigares et en distribue à tout le monde.

Fait, paraît-il, une chute de cheval cinq jours avant d'entrer ici, il tombe sur la tête. Dès lors, M. de M...

commence à déraisonner franchement, se livre à toute espèce de projets extravagants, montre un érotisme qui étonne profondément toute sa famille, fait toute espèce d'achats inutiles, achète une pendule japonaise, deux chevaux pur sang, fait cadeau d'une magnifique robe avec perles et diamants à sa femme; envoie à tous ses correspondants pour plusieurs centaines de francs de télégrammes, leur donnant des ordres de commerce (achats et ventes) exorbitants, contradictoires.

Les insomnies sont continues : l'agitation devient incoërcible. Le dernier jour, il parle d'aller acheter un château, et va en chercher un partout dans la banlieue de Paris, passant de maison en maison. A la fin il va chercher un notaire, pour lui faire dresser l'acte d'achat (il était sept heures du matin) : attendant à la porte, il s'impatiente, s'irrite, frappe et casse un carreau par lequel il envoie des prospectus de sa maison de commerce.

Enfin, sous prétexte d'un achat de chevaux, on le mène à Ville-Évrard. M. de M... arrive en bottes à l'écuyère, une cravache à la main, sur un air et un ton de commandement, un peu excité.

Ici, dans les premiers jours, montre de l'agitation, raconte toute espèce de projets ambititeux, incohérents, ne montre aucune suite dans sa conversation; la nuit, a des insomnies, casse les carreaux, se livre à toute espèce d'actes désordonnés.

Malgré l'abondance et le peu de suite de ses discours, on saisit toutefois un certain affaiblissement mental très net, une inconscience complète de sa position et un état continu de satisfaction; il se croit riche à millions, gouverneur de l'Afrique centrale, etc..., offre 100,000 fr. à l'asile, etc.

Dans sa marche, par moments, apparaît un peu d'hésitation ; on dirait quelquefois, pendant une seconde, qu'il a des jambes de coton.

Pupilles égales normales; parole nette. Un peu de tremblement fibrillaire à la langue.

Aspect profondément anémique.

Au bout de huit jours, fait une tentative d'évasion, qui réussit; il marche dix heures, pendant toute la nuit, et rentre chez lui. Le lendemain, se laisse ramener par les gardiens assez facilement.

Du reste, pris par la douceur, il est assez facile à diriger. Mais alors, il manifeste quelques idées de persécution : on l'a empoisonné à plusieurs reprises; des brigands ont voulu le séquestrer ici, etc... concurremment il a toujours ses idées de grandeur, ses projets ambitieux.

Pourtant la mémoire paraît encore assez conservée.

Peu à peu le malade devient plus calme; tout en gardant ses projets, ses idées, il en parle moins. Les nuits sont meilleures; l'appétit est bon, la santé générale est assez bonne.

En somme, M. de M... dont l'hérédité maternelle est assez mauvaise et qui paraît un dégénéré, un mal équilibré, est atteint d'affaiblissement mental, d'agitation maniaque avec idées et projets ambitieux; montre une certaine incohérence.

Est-ce là une simple attaque de manie congestive (M. Baillarger)? Ne faudrait-il pas craindre un début de paralysie générale, chez un prédisposé?

13 *avril* 1880. — Le malade est plus calme et plus docile depuis sa réintégration; il a reçu avec plaisir la lettre de son ami, M. X..., on espère qu'elle lui fera du bien. La promenade, le billard, le piano occupent une bonne partie de son temps. Santé générale bonne.

16 *avril* 1880. — Depuis deux jours, le malade est plus tranquille et se montre plus raisonnable, il a bien reçu hier son ami. Les tendances à l'évasion paraissent moins accusées; mais il est bon de ne pas se relâcher dans la surveillance.

20 *avril* 1880. — L'excitation survenue à la suite de la dernière visite s'est calmée, le malade paraît vouloir se résigner à son sort, il écrit beaucoup, ce sont tous les jours de nouvelles lettres, il faut les faire partir.

23 *avril* 1880. — Le malade est assez calme malgré les nombreuses visites qu'il reçoit. Il serait bon de les rendre un peu moins fréquentes au début du traitement surtout. On varie ses occupations de manière à le distraire le plus possible. Pour le tranquilliser, Mme de M... pourrait venir dimanche.

11 *mai* 1880. — Le malade présente des alternatives de calme et d'excitation, mais il est mieux que dans les premiers temps, il se résigne à subir les conditions qui lui ont été imposées pour son bien, tout en se récriant bien un peu. On varie les moyens de distraction autant que possible.

22 *mai* 1880. — Ainsi que cela ressort de la conversation de M. de M..., mais surtout de la lecture de ses lettres, il existe toujours des idées de persécution qui sont un des principaux symptômes de la maladie. Mais l'état cérébral congestif s'est amélioré en ce sens que le malade est plus calme et n'a plus de ces crises d'excitation qui existaient au début.

30 *juin* 1880. — M. de M... sort pour aller passer trois mois à la campagne au bord de la mer, près de Belle-Isle-en-Mer.

Situation au moment de la sortie, le 30 *juin.*

Ses projets ambitieux ont disparu, mais il persiste encore un certain sentiment de satisfaction. M. de M... se croit bien portant; c'est à peine, dit-il, s'il a été malade.

Quelques sentiments d'animosité persistent encore contre certains de ses amis ou parents qui ont contribué, dit-il, à sa séquestration injustifiable.

Le malade est toujours d'un tempérament irritable,

vibrant à la moindre excitation. C'est un type d'équilibre instable. Parfois il est heureux, enthousiaste ; parfois il se déprime, se désespère, fond en larmes ; et d'une part comme de l'autre, les prétextes sont des plus légers. En somme, on constate un très notable affaiblissement mental. C'est comme un affaissement en bloc de la personnalité mentale : le niveau des facultés intellectuelles, sentimentales et volontaires, a évidemment baissé.

La famille assure que cet affaiblissement mental est antérieur à cette dernière maladie et date de 1871.

Quant aux phénomènes somatiques, on ne constate ni négalité des pupilles, ni embarras de la parole, ni frémissement fibrillaire des muscles, ni altération de la sensibilité générale et spéciale.

Décembre 1880. — D'après des renseignements qui nous sont parvenus, l'état mental actuel de M. de M... est le même depuis sa sortie. Les douleurs névralgiques dans les membres, qui avaient précédé le dernier accès congestif, puis qui avaient disparu pendant cet accès, ont reparu depuis et se montrent actuellement assez vives.

49

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES (ASILE SAINTE-ANNE)

M. RÉGIS

Deux cas de manie congestive.

1°

Sommaire. — Tendance à l'excitation intellectuelle depuis l'enfance. — Excès de boisson. — En 1879, excitation intellectuelle progressive, inventions de toute sorte, etc. — Séquestration. — Manie congestive ; symptômes de paralysie générale au début, surtout dans l'ordre intellectuel. Trois mois après l'entrée du malade, les symptômes de paralysie générale tendant à se confirmer, application d'un séton à la nuque. Sortie par guérison un mois et demi après.

V... I..., commis voyageur, célibataire, âgé de 31 ans, entre à la *Clinique des maladies mentales* (Asile Ste-Anne), le 17 février 1880.

La seule particularité à relever dans sa famille est la tendance à l'alcoolisme chez son père, qui boit avec excès, surtout de l'eau-de-vie.

Pas d'affections mentales ou nerveuses chez les collatéraux.

L'histoire du malade, jusqu'au jour de son entrée dans le service, est la suivante. Nous la devons aux renseignements de deux de ses frères.

V... L... n'a jamais eu de maladie grave dans le cours de sa vie, à part peut-être la syphilis, et ceci encore sous toutes réserves. Très intelligent et doué d'une excellente mémoire, il a toujours manifesté une ardeur extraordinaire pour les travaux intellectuels, et particulièrement pour les études scientifiques, bien qu'il n'ait reçu, dans sa jeunesse, qu'une simple instruction primaire. A 18 ans, il écrivait dans un journal un feuilleton, assez médiocre il est vrai, mais dénotant une imagination des plus ardentes. Au reste, après quelques chapitres, il s'arrêta court, comme il a fait depuis en toutes choses ; car la mobilité et le manque de persistance dans les entreprises ont été la caractéristique de sa vie, même au point de vue des affaires commerciales dont il s'est occupé depuis l'enfance.

Ses parents avaient remarqué que ses lectures, faites sans ordre et avec une sorte d'activité fiévreuse, avaient produit sur lui un déplorable effet. Elles le rendaient vaniteux, fier de lui-même, lui inspiraient des visées très hautes, en même temps que de la répugnance pour les nécessités et le terre-à-terre de la vie ; en sorte qu'il lui arrivait souvent de perdre ses places, et de n'avoir pas l'énergie nécessaire pour en chercher de nouvelles.

Avec cela, il commettait assez fréquemment des excès de boisson.

Il y a trois ans environ, il à commencé à se montrer très peu soucieux des devoirs de sa profession, faisant de ses voyages commerciaux de purs voyages d'agrément, fré-

quentant les meilleurs hôtels, négligeant les clients, et ne correspondant avec ses patrons que pour leur demander des fonds nouveaux. Aussi a-t-il dû changer cinq ou six fois d'emploi dans ces dernières années.

Au commencement de 1879, pendant une des interruptions provoquées par ces changements de place, il vint passer quatre mois à Paris; c'est à cette époque qu'aux Arts-et-Métiers, où il passait la plupart de ses journées, il crut avoir découvert, sur je ne sais quel meuble antique, un type de dessin dont la reproduction par le tissage devait constituer, dans sa pensée, une œuvre remarquable et des plus fructueuses.

On ignore si, à ce moment, il aurait eu quelque congestion cérébrale; toujours est-il qu'à dater de ce jour son activité intellectuelle, demeurée jusqu'alors dans les limites physiologiques, prit tout à coup des proportions maladives. Il commença par copier ses dessins, et chercha à s'en assurer la propriété exclusive. Ensuite, il essaya de trouver un commanditaire pour l'exploitation de son idée, d'abord dans sa famille, puis parmi ses patrons et les étrangers, criant bien haut partout qu'il y avait là une fortune considérable à gagner. Ses parents ayant aisément reconnu que son idée était impraticable et qu'il était impossible de reproduire sur tissus les dessins dont il parlait, l'appelèrent auprès d'eux et le placèrent à nouveau dans une maison de commerce. Mais là, il manifesta une telle excitation au sujet de son invention, et une négligence telle vis-à-vis de son emploi, que force lui fut bientôt d'abandonner la place. C'était au mois de novembre 1879.

Libre de ses actions, V... recommença ses démarches pour trouver un commanditaire; mais personne n'ayant voulu s'associer à lui pour l'exécution du projet qu'il avait en tête, il s'imagina d'inventer lui-même un métier à tisser, marchant tout seul et d'une façon continue, et capable de reproduire automatiquement les dessins les plus

compliqués. En même temps, il se mit à boire plus qu'il n'avait fait jusqu'alors, ce qui l'excita davantage encore. A l'exaltation intellectuelle vint se joindre l'exaltation physique, de sorte qu'il était constamment en mouvement.

Son frère aîné, au courant de sa conduite, vint le chercher à Paris et le conduisit dans sa famille, à la campagne; toutefois, comme le spectacle de sa surexcitation causait de la peine à ses parents, il le ramena bientôt à Paris. Mais déjà ses conceptions délirantes s'étaient élargies; à ses dessins, à son métier, étaient venues s'ajouter des idées nouvelles d'invention, telles que la recherche de la quadrature du cercle, etc., si bien que son frère, effrayé, jugea prudent de demander conseil à M. le professeur Lasègue. Bientôt après, le malade entrait à l'asile Sainte-Anne.

D'après son propre dire, et c'est là un fait qu'il nous paraît important de signaler, il aurait eu, quelques jours avant sa séquestration, une espèce de congestion cérébrale; non pas une véritable attaque, mais ce que l'on pourrait appeler, avec M. Lasègue, un ictus cérébral. Il aurait senti, dit-il, comme un arrêt de sang dans sa tête et comme si sa cervelle allait éclater tout à coup. Ce phénomène, de nature manifestement congestive, s'est renouvelé une fois depuis, pendant le séjour du malade à l'asile, où il entra le 17 février 1880.

C'est un homme grand, vigoureux, d'un tempérament sanguin, qui se présente dans un état très marqué d'excitation, et qui, lors de son premier interrogatoire, parle pendant une heure entière de ses dessins, de son métier à tisser dont il donne une explication confuse et incompréhensible, de la quadrature du cercle, du mouvement perpétuel qu'il a trouvé en imprimant avec la main aux boules de billard une impulsion spéciale. Sa loquacité est intarissable; il se plaint de ses patrons qui l'ont fait arrêter pour lui voler son idée et l'exploiter à leur aise pendant son absence; on lui a offert 200,000 fr. de son invention; il est

de première force au billard et d'une vigueur peu commune, etc., etc. De temps à autre, pendant qu'il parle, on saisit comme un faux pas dans sa parole. Sa langue, ses lèvres et ses mains sont tremblantes, ses pupilles sensiblement égales. Il ne paraît point douteux, pour les personnes qui assistent à l'interrogatoire, qu'on ne soit là en présence d'une paralysie générale à sa période de début.

Les jours suivants, l'excitation s'accroît, loin de se calmer; les conceptions orgueilleuses primitives se compliquent chaque jour d'idées nouvelles, de nouveaux projets présentant un caractère puéril et déraisonnable de plus en plus marqué. En voici quelques exemples:

Je travaille ici, j'écris toute la journée; aussi fais-je des choses magnifiques. Hier, j'ai étudié l'arithmétique, l'algèbre, la folie, la raison. Le français, je puis le savoir à fond en deux jours. Je me suis créé un système, à l'aide duquel j'apprends très rapidement tout ce que je veux. Cette méthode est celle de l'analyse; elle consiste à aller au principe des choses, à la racine, au radical. (Le radicalisme est du reste à la mode en ce moment.) — Aujourd'hui, j'ai appris le droit en deux heures; demain, je saurai toutes les langues, toujours par le même procédé. — On se trompe généralement en prenant la mesure de la taille chez l'homme; on devrait la prendre au niveau de l'articulation du cou de-pied, en se haussant sur les orteils.—J'ai inventé un nouveau cadran solaire, en me basant sur ce principe qu'à telle heure de la journée, l'ombre humaine est tournée invariablement vers le même point cardinal. J'ai également découvert qu'il fallait tailler la vigne et les arbres d'une certaine façon. Il faut que la surface de section regarde obliquement vers le midi; tournée vers le nord, elle aurait à supporter le froid et la gelée, tournée directement en haut elle serait brûlée par le soleil. Je vais écrire à mon père pour lui indiquer ce système. — Victor Hugo est le plus grand homme du siècle;

c'est lui qui a dit : « Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là! » Moi, je suis le quatrième des grands hommes. »

On voit combien les conceptions orgueilleuses du malade devenaient de plus en plus absurdes en se généralisant.

Le 3 mars, dans la soirée, V... éprouva pour la seconde fois un phénomène cérébral qu'il qualifie de congestion, en ajoutant que Rouget de l'Isle a eu la même chose le jour où il a composé la *Marseillaise*. Il explique d'ailleurs cette congestion de la façon suivante :

L'électricité existe dans la nature. L'homme a une ligne médiane qui le traverse de part en part, et c'est ainsi que le fluide circule. Lorsqu'on est assis, sans mouvement, le fluide ne peut plus circuler et le sang se porte au cerveau, ce qui produit la congestion. Voltaire l'a dit du reste : « Esprit sain dans un corps sain. »

Jusqu'à ce moment, le malade n'avait été soumis à aucune médication énergique, et on s'était borné au traitement des symptômes. Mais l'excitation, le délire et l'incohérence augmentant, en un mot la certitude de la paralysie générale se confirmant de plus en plus, M. le docteur Doutrebente, à cette époque chef de clinique, se décida à intervenir d'une façon active, et, au mois de mai, on appliqua au malade un séton à la nuque.

Ce séton suppura abondamment presque aussitôt, et fut maintenu en place pendant environ un mois.

Les premiers jours, aucune modification ne se manifesta dans l'état mental du malade; mais bientôt l'amélioration survint et s'accentua de plus en plus. V... reconnut que toutes ses inventions, que tous ses projets étaient illusoires et peu sensés, qu'il aurait mieux fait de s'occuper de son emploi que de se lancer dans des spéculations théoriques absurdes, et affirma qu'il était décidé désormais à ne plus songer qu'aux devoirs de sa profession.

Bref, au mois de juillet, la guérison étant certaine, et paraissant devoir se maintenir, M. le docteur Doutrebente

signa la sortie du malade, en libellant son certificat de la façon suivante :

« *V... L..., entré à l'asile Sainte-Anne le 17 février 1880 pour y être traité d'un méningo-encéphalite (période congestive), avec exagération du sentiment de la personnalité, inventions extraordinaires, etc., est aujourd'hui dans un état très satisfaisant qui permet de le mettre en liberté.* »

Il y a quelques jours, le 18 février, nous avons reçu du malade une lettre dans laquelle il nous affirme le maintien complet de sa guérison.

« *Depuis mon départ de Sainte-Anne, ma santé n'a fait que s'améliorer de jour en jour. Je n'éprouve plus aucun mal de tête, ce qui me fait croire que mon encéphalite est complètement disparue, je puis même dire radicalement guérie... En attendant, je travaille avec mon père et gagne de quoi me suffire. Quant au métier en question, j'ai cessé de m'en occuper et n'y pense plus.* »

2°

Sommaire. — Excitation intellectuelle survenant brusquement à la suite d'une suppression d'hémorrhoïdes.—Projets de réforme sociale et commerciale. — Fuite pathologique. — Arrivée à Paris pour expliquer ces projets au Président de la République. — Arrestation. — Symptômes de paralysie générale au début, délire ambitieux, incohérence, hésitation de la parole. — Traitement par les pilules d'aloès. Retour des hémorrhoïdes. Sortie par guérison au bout de 8 jours.

Le 22 octobre 1880, le nommé A... R... fut amené comme aliéné par les agents à l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police. Comme à cette époque, nous assistions régulièrement aux visites de M. le professeur Lasègue à la préfecture, nous eûmes occasion d'examiner à loisir, et dans toute sa fraîcheur, le nouveau malade.

C'était un véritable colosse, au teint coloré, fortement congestif, qui avait quitté la veille même C..., son pays, où il possédait une filature de soie, pour venir expliquer au Président de la République les projets de réforme sociale et commerciale dont il était l'auteur. Dès son arrivée à Paris, il s'était rendu en effet au palais de l'Élysée, aux abords duquel il s'était fait arrêter en raison de son insistance et des termes avec lesquels il expliquait les motifs de sa visite au chef de l'État.

R... nous apprit qu'il appartenait à une famille dans laquelle il n'avait jamais existé d'aliénés ni de nerveux. Son grand-père paternel, toutefois, était mort à la suite d'une attaque d'apoplexie.

Pour son propre compte, il n'avait jamais été malade et n'avait jamais commis d'excès d'aucune sorte. Il était marié et père de deux enfants bien portants. Intelligent, vigoureux, d'un tempérament sanguin sujet aux maux de tête, il avait des hémorrhoïdes qui s'étaient brusquement supprimées depuis six mois environ. Depuis cette époque, ses céphalalgies étaient devenues plus fréquentes et plus intenses.

Il y a trois mois qu'il s'occupe de questions sociales et commerciales. Il a songé d'abord à relever l'industrie de la soie, en démontrant la nécessité de créer, à Lyon, *un centre régulateur analogue à celui de Londres*. Il a écrit plusieurs articles, à ce sujet, dans le *Moniteur des Soies*. Puis il s'est occupé de diverses questions économiques et financières, et, chemin faisant, a fini par découvrir *l'étymologie de la liberté*. Les explications que donne le malade au sujet de son *centre régulateur* et de son *étymologie de la liberté* sont manifestement absurdes et incohérentes.

Au reste, il ne s'est point borné à des conceptions délirantes aussi limitées ; les projets politiques sont bientôt survenus et, quinze jours avant son voyage à Paris, il a fait distribuer une sorte de manifeste-programme aux électeurs de sa commune.

Ses mains, sa langue et ses lèvres sont tremblantes, et sa parole embarrassée. Ses pupilles paraissent égales

Entré à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique, le malade continue à parler de ses projets et les explique d'une façon décousue et incompréhensible. A certains moments, surtout lorsqu'il s'échauffe, sa parole présente un véritable embarras.

Dès le jour même, nous lui faisons prendre une pilule d'aloès de 10 centigrammes, traitement qui est continué les jours suivants.

Le surlendemain, le flux hémorrhoïdaire avait reparu, et en même temps se dissipaient toutes les conceptions délirantes, que le malade traitait lui-même de chimères.

Huit jours après, le 31 octobre, il repartait pour son pays avec sa femme qui était venue le chercher, complètement débarrassé de son délire, et ne présentant plus aucune hésitation dans la parole.

Un mois après son départ, nous avons reçu de lui une lettre, de laquelle nous détachons le passage suivant :

«*Ainsi que vous avez bien voulu en manifester le désir, je viens, Monsieur, vous faire part de mes nouvelles et de mon heureux retour dans ma famille et à mon travail.*

Le commencement de congestion que vous avez pu remarquer chez moi est à présent dissipé, je crois, complètement. Vos pilules d'aloès m'ont amené les hémorrhoïdes, et l'affluation du sang a pris sa route dans cette direction.

Il me semble apercevoir que la fatigue intellectuelle s'efface et disparaît. J'aurai garde ensuite de la mettre à une autre épreuve, et je saurai m'abstenir de tout effort de perception désormais.

Je ne sais si le hasard pourra jamais me favoriser de l'honneur de vous revoir, mais je puis vous assurer que ce ne sera jamais dans les mêmes circonstances, etc. »

Comme il est facile de le voir d'après cette lettre, la guérison se maintenait chez notre malade.

— Il y a trois jours, au moment même où nous nous disposions à lui écrire de nouveau, afin de compléter l'observation par une note sur son état actuel, nous avons reçu de lui la lettre suivante, que nous reproduisons en entier, tellement elle nous paraît être l'indice d'une rechute, mais cette fois sous une forme nouvelle, la forme hypochondriaque ; on en jugera par sa lecture.

Monsieur,

Depuis quelques jours une inflammation s'est portée près de l'anus, sur le bord de la fesse, et me fait souffrir énormément.

Mon état de santé dépérit sans que je sache comment, et le docteur n'y comprend rien lui-même.

Vous, Monsieur, qui savez ce que l'on m'a donné au début à Paris, c'est-à-dire les 2 verres de tisane avec pilules que j'ai pris les 28 et 29 octobre à la Clinique, dites-moi en grâce ce que je dois faire pour combattre cette inflammation.

C'est rouge, point de plaie, mais ça me brûle de plus en plus.

Sauvez-moi et pitié s'il vous plaît pour ma famille!

Votre serviteur,
A... R...

Réflexions. — La manie congestive est un des sujets, non pas les plus discutés, mais les plus diversement interprétés. Est-ce une forme particulière d'affection mentale, n'ayant de commun avec la paralysie générale que l'aspect symptomatique, ou bien est-ce réellement la paralysie générale avortée à son début pour un laps de temps plus ou moins long, quelquefois même indéfini, un éclair précur-

seur de l'orage, mais d'un orage qui peut manquer?

La question est pendante et les faits seuls peuvent l'éclairer. C'est à ce titre que nous avons cru devoir publier les deux observations précédentes. La dernière surtout a sa valeur, en ce qu'elle démontre qu'un accès de manie congestive guéri, peut être suivi, à une échéance plus ou moins longue, d'un nouvel accès empruntant à la symptomatologie de la paralysie générale une forme tout opposée de ses manifestations délirantes, la forme hypochondriaque. Cela tendrait à prouver que ces accès de manie congestive sont bien réellement des paralysies générales enrayées dans leur marche progressive sous l'influence d'une cause quelconque, et que, même disparus, ils laissent les malades dans un état de réceptivité latente qui se traduit chez eux, au moindre choc, par des rechutes de plus en plus graves, avec la démence paralytique comme aboutissant final.

Quoi qu'il en soit, et quelque interprétation qu'on donne aux observations rapportées plus haut, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes ?

Lorsque des malades se présentent en état de manie congestive, ou, plus simplement, avec des symptômes de paralysie générale au début, il convient d'instituer, sans tarder, un traitement énergique, basé surtout sur les révulsifs et les dérivatifs intestinaux, dans les cas particulièrement où il y a eu suppression d'hémorrhoïdes. Il arrive fréquemment alors que les malades guérissent, ce qui, au fond, est l'essentiel ; plus essentiel, on en conviendra, que de discuter l'essence et la dénomination exacte de l'affection dont ils étaient atteints.

En second lieu, et c'est là un point très important, sur lequel M. Baillarger a tout récemment appelé notre attention, il importe de ne point abandonner à eux-mêmes les individus guéris d'une manie congestive. Le plus souvent, la guérison obtenue et le malade sorti de l'asile, on

ne s'en occupe pas davantage et on l'abandonne à lui-même, exposé à des rechutes à peu près certaines, en raison précisément de la cessation de tout traitement.

Une médication rationnelle, continuée et longtemps soutenue, ne diminuerait-elle pas en grande partie les chances de récidive ? — C'est là, tout au moins, on en conviendra, une supposition logique.

Établissements d'aliénés

DES ÉPILEPTIQUES :

DES MOYENS DE TRAITEMENT ET D'ASSISTANCE QUI LEUR SONT APPLICABLES,

Par M. le Dr LUNIER
Inspecteur général des établissements de bienfaisance et des asiles d'aliénés.

Parmi les infirmités auxquelles l'homme paie un large tribut, il en est une, la plus grave peut-être par les conséquences qu'elle entraîne pour l'individu, pour la famille et pour la société, qu'on a en quelque sorte reléguée au second plan, et qui cependant mérite, autant qu'aucune autre, d'appeler et de retenir l'attention des législateurs et des gouvernements ; je veux parler de l'épilepsie.

Est-ce à dire qu'on ne se soit jamais occupé des épileptiques ? Ce serait méconnaître à la fois les efforts consciencieux et le dévouement du corps médical et la sollicitude éclairée avec laquelle les pouvoirs publics étudient toutes les questions de cette nature. La thérapeutique, notamment, a fait, depuis une trentaine d'années, en ce qui les concerne, de réels et importants progrès ; et les diverses modes d'assistance qui leur sont applicables ont été sérieusement étudiés à plusieurs reprises sur quelques points de la France, particulièrement à Paris (1) et à

(1) A Paris, depuis le milieu du XVIIe siècle, les épileptiques

Lyon (1), mais nulle part le problème n'a reçu de solution réellement satisfaisante; et l'on peut dire, aujourd'hui encore, que tout en quelque sorte est à faire sous ce rapport.

Depuis plusieurs années déjà, j'avais été frappé en parcourant les procès-verbaux des conseils généraux, des réclamations incessantes dont ils se font l'écho, des desiderata nombreux qui y sont exprimés. On y déplore à la fois l'insuffisance des prescriptions légales et l'indifférence relative de la charité publique.

---

sont admis à titre d'infirmes dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre.

A la Salpêtrière, qui ne reçoit que des femmes, les épileptiques simples ont été pendant longtemps confondues avec les épileptiques aliénées et les idiotes dans la troisième section, dite section Sainte-Laure, où 80 lits leur étaient réservés. En 1872, la section Sainte-Laure fut supprimée et les épileptiques non aliénées qu'elle renfermait formèrent dès lors un quartier distinct qui fut confié à l'un des médecins de l'infirmerie, M. le professeur Charcot.

A l'hospice de Bicêtre, qui ne reçoit que des hommes, les épileptiques sont confondus, aujourd'hui encore, dans la troisième section avec les épileptiques aliénés et les idiots.

(1) A Lyon, si nous nous en rapportons à un excellent travail publié sur cette question, par M. le Dr Lacour (*De l'état actuel de l'assistance des épileptiques et de la nécessité de les hospitaliser*. Lyon, 18 8), l'assistance des épileptiques simples par les hospices a été instituée le 16 avril 1862, en vertu d'une donation faite en 1859 par une dame Courajod, qui a permis de créer dès l'origine 5 lits de femmes et 5 lits d'hommes. L'administration des hôpitaux de Lyon y ajouta 5 lits de femmes et mit successivement à la disposition du département et des familles, 10 lits de femmes et 31 d'hommes, soit en tout 56 lits dont 41 lits payants. Après avoir été placés successivement à l'Antiquaille, puis à la Charité — les hommes du moins — de 1867 à 1877, les épileptiques simples ont été ramenés à l'Antiquaille lors du transfèrement des aliénés à l'asile de Bron; le 29 septembre dernier, il y avait à l'Antiquaille 57 épileptiques non aliénés, 28 hommes et 29 femmes.

Je dois ajouter que dans sa session d'avril 1880, le conseil général du Rhône a fondé un prix de 1,000 fr. qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Faire l'histoire de l'hospitalisation des épileptiques non aliénés, de son état actuel dans les différentes nations, et des meilleures conditions à remplir pour l'institution d'un établissement de ce genre dans le département du Rhône. »

C'est qu'en effet, si partout aujourd'hui, ou du moins presque partout, des asiles spéciaux sont ouverts aux aliénés, aux sourds-muets, aux aveugles et même dans quelques pays, aux cancéreux, aux scrofuleux, aux phthisiques, nulle part, sauf de très rares exceptions, les épileptiques ne sont régulièrement hospitalisés.

Je me suis demandé si le moment n'était pas venu de consacrer à ces malheureux quelques-unes des ressources dont peuvent disposer l'État, les départements et les communes. Mais avant de formuler des propositions à ce sujet, il m'a paru nécessaire d'établir en quelque sorte un état de situation et de connaître aussi exactement que possible combien il y a d'épileptiques en France, combien sont internés dans les asiles à titre d'aliénés, combien enfin sont simplement hospitalisés.

Il n'a jamais été fait en France de recensement général des épileptiques : on a reculé, sans doute, devant les difficultés de l'opération, qui ne pouvait guère, en effet, être effectuée d'une manière sérieuse que par le corps médical lui-même, ou tout au moins avec son intervention. Mais à plusieurs reprises et tout récemment, sur ma demande, des relevés statistiques ont été faits dans un certain nombre de départements. Malheureusement les résultats obtenus de cette façon, résultats sur lesquels je reviendrai dans un instant, ne peuvent guère nous servir que comme moyens de contrôle. J'ai donc dû chercher ailleurs les éléments du travail d'ensemble que je me proposais de faire ; je les ai trouvés à la fois dans le dépouillement des procès-verbaux du recrutement et des relevés statistiques qui m'ont été adressés de tous les asiles publics et privés.

A plusieurs reprises on s'est servi des procès-verbaux du recrutement pour calculer le nombre et la proportion de certaines catégories de malades ou d'infirmes et notamment des épileptiques; mais, en ce qui concerne ces der-

niers, les résultats obtenus n'ont qu'une médiocre valeur, parce qu'on est parti d'un point de départ absolument erroné.

Aujourd'hui, du reste, l'opération est devenue plus facile : depuis la promulgation de la loi du 27 juillet 1872, tous les jeunes gens inscrits chaque année sur les listes du tirage sont examinés, et les ajournés à un nouvel examen comprennent uniquement ceux qui pourraient être exemptés ultérieurement pour défaut de taille ou faiblesse de constitution. Comme, d'un autre côté, les opérations du recrutement se font de la même façon et avec le même soin dans chacun des départements et que bien peu de véritables épileptiques aujourd'hui sont déclarés propres au service, on peut considérer comme très approximativement exactes et comparables les proportions qu'on obtient en rapportant le nombre des exemptés pour cause d'épilepsie dans chacun des départements au chiffre des inscrits sur les listes du tirage.

Pour augmenter encore les chances d'exactitude, je ne me suis pas contenté des relevés d'une seule année, je les ai étendus à la période quinquennale 1873-1877 ; voici les résultats que j'ai obtenus :

Sur les 1,458,740 inscrits et examinés pendant ces cinq années, 2,398 ont été déclarés atteints d'épilepsie, ce qui donne la proportion de 16.44 sur 10,000 habitants, et pour la France entière, 59,353 épileptiques. Mais en calculant ainsi, on commettrait une grosse erreur, erreur qui, je dois le dire, ne paraît avoir été entrevue par aucun des auteurs qui se sont occupés de cette question (1).

La proportion de 16.44 sur 10,000 habitants est mathé-

(1) Voy. notamment RAYER, art. *Epilepsie* du *Dictionnaire de médecine*, en 21 vol., p. 207. — TSCHOURILOFF, *Etude sur la dégénérescence physiologique des peuples civilisés*. Paris, 1876, p. 47 et suiv. — CHERVIN, *Sur un essai de géographie médicale de la France*. Paris, 1880.

matiquement exacte, mais elle ne s'applique qu'aux hommes et uniquement aux hommes de 20 à 21 ans. Pour qu'elle fût applicable à toute la population française, il faudrait admettre que l'épilepsie n'est ni plus, ni moins fréquente chez les femmes que chez les hommes et que le nombre relatif des épileptiques est le même à tous les âges de la vie, ce qui n'est rien moins que conforme à l'observation.

En ce qui concerne le sexe, contrairement à ce qu'ont écrit la plupart des auteurs, sans preuves à l'appui, il ne paraît pas, d'après les documents nombreux que j'ai recueillis récemment, que l'épilepsie soit plus commune chez la femme que chez l'homme.

Sur les 3,547 épileptiques aliénés, séquestrés dans les asiles, à la date du 1er janvier 1878, il y avait 1,887 hommes, c'est-à-dre 53 p. 100 et seulement 1,660 femmes, ou 47 p. 100. Mais la proportion est tout autre quand on l'établit sur les épileptiques non aliénés, qui ne sont qu'hospitalisés. Nous ne trouvons plus, en effet, que 41 hommes pour 59 femmes; mais personne n'ignore que parmi les femmes admises dans les quartiers affectés aux épileptiques simples, un certain nombre sont des hystériques ou des hystéro-épileptiques.

En réunissant les deux catégories d'épileptiques, aliénés et non aliénés, on obtient la proportion de 50.23 hommes, pour 49.77 femmes, c'est-à-dire l'égalité.

Si d'un autre côté nous consultons les résultats obtenus à diverses époques, dans un certain nombre de départements, nous trouvons des proportions qui ne s'éloignent pas beaucoup des précédentes.

Une statistique faite dans 34 communes du département de l'Allier, a donné au Dr Lapointe 48 hommes et 32 femmes épileptiques.

Dans le Tarn-et-Garonne, M. Darnis a trouvé, il y a vingt ans, 67 hommes et 53 femmes.

Dans le Nord, M. Bouteille a obtenu, pour l'ensemble du département, moins 2 ou 3 communes, 308 hommes et 255 femmes.

Dans un certain nombre de communes des arrondissements d'Évreux et de Louviers (Eure), MM. Broc et Galopain ont trouvé 60 hommes et 43 femmes.

Dans la Sarthe, d'après M. le Dr Mordret, la proportion serait de 42 hommes pour 45 femmes.

Si nous additionnons les chiffres obtenus dans ces cinq départements, nous trouvons :

Hommes.....	525	ou 55.09	p. 100
Femmes.....	428	— 44.91	p. 100
Deux sexes...	953	ou 100	p. 100

Si donc il y avait lieu d'admettre une différence entre les deux sexes, au point de vue de la fréquence de l'épilepsie, il faudrait conclure des chiffres qui précèdent que l'épilepsie s'observe un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Le contraire a été affirmé, nous ne l'ignorons pas, par des savants d'une autorité incontestable, Joseph Frank (1), Esquirol (2), Georget (3), Herpin (4), Delasiauve (5); mais les uns, comme Frank et Herpin, n'ont fait porter leurs recherches que sur un très petit nombre de malades; les autres se sont contentés de mettre en regard les hommes et les femmes séquestrés ou hospitalisés à Bicêtre et à la

---

(1) *Praxeos medicæ præcepta*. Lipsiæ, 1821, et *Traité de pathologie interne*, trad. de Bayle, 1857, t. III, p. 343. Frank, en effet, sur 75 épileptiques observés par lui, a compté 40 hommes et 35 femmes; mais il ajoute que si l'on établissait un diagnostic sévère, on verrait probablement que la véritable épilepsie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. C'était aussi l'avis d'Heberden, de Sœmering et de beaucoup d'autres savants.

(2) *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 292.

(3) *Dictionnaire de médecine*, en 21 vol., art. *Epilepsie*, p. 207.

(4) *Du pronostic et du traitement de l'épilepsie*, 1852, p. 331.

(5) *Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 196.

Salpêtrière comme épileptiques aliénés ou comme épileptiques simples. Mais personne n'ignore que le quartier des épileptiques de la Salpêtrière a toujours contenu un assez grand nombre de femmes affectées d'affections nerveuses diverses autres que l'épilepsie. Et puis, la proportion des épileptiques hospitalisés ne donne aucunement la mesure exacte du plus ou moins de fréquence de la maladie suivant le sexe.

On peut donc considérer que l'épilepsie n'est ni plus ni moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

Mais il n'en est plus de même en ce qui concerne les différents âges de la vie.

L'épilepsie relativement rare chez les enfants de zéro à six ans, augmente de fréquence de six à vingt ans et diminue progressivement à partir de vingt et un ans. D'un autre côté, la plupart des épileptiques meurent jeunes, et les cas nouveaux survenant chez les individus âgés de plus de vingt et un ans, sont, à mesure qu'on s'éloigne de cet âge, de plus en plus insuffisants pour remplir les vides produits par les décès et beaucoup plus rarement par les guérisons (1). Il n'est donc pas douteux que si l'on recensait les épileptiques à chacun des âges de la vie à partir de vingt et un ans, on obtiendrait des proportions qui s'éloigneraient de plus en plus de celle que donne le dépouillement des procès-verbaux du recensement, lequel ne comprend que des hommes de vingt à vingt et un ans, à l'âge précisément où la fréquence de l'épilepsie atteint son maximum.

C'est en tenant compte de toutes ces données que j'ai été amené à comparer la proportion de 16,44 à la population de

(1) Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet ; voy. notamment : CALMEIL, *Thèse sur l'épilepsie*, 1824. — BOUCHET et CASAUVIEILH, *Archives générales de médecine*, t. IX, 1825. — BEAU, *Archives générales de médecine*, 1836. — LEURET, *Archives générales de médecine*, 1843. — HERPIN, *loc. cit.*, p. 335. — DELASIAUVE, *Traité de l'épilepsie*, p. 199.

Ordre.	DÉPARTEMENTS.	EXEMPTÉS POUR CAUSE D'ÉPILEPSIE 1873-1877 Inscrits. 1	Épileptiques. 2	Proportion sur 10.000 3	ÉPILEPTIQUES INTERNÉS COMME ALIÉNÉS H. 4	F. 5	D. S. 6	Proportion sur 10.000 7
1	Ardèche	13.776	[illegible]9	42.70	5	»	5	9.3[illegible]
2	Corrèze	15.869	56	35.30	26	14	40	9.6[illegible]
3	B.-du-Rhône	16.160	48	29.70	26	38	64	11.5[illegible]
4	Landes	12.082	37	30.6[illegible]	6	4	10	3.3[illegible]
5	Pyrénées (Basses-)	21.362	60	28.13	14	8	22	5.1[illegible]
6	Corse	11.146	31	27.80	4	1	5	1.9[illegible]
7	Gard	20.613	53	25.70	22	13	35	8.0[illegible]
8	Lozère	7.883	20	25.39	6	6	12	8.7[illegible]
9	Tarn-et-Garonne	8.770	21	[illegible]3.97	8	14	22	9.9[illegible]
10	Tarn	10.291	23	22.35	35	23	58	16.1[illegible]
11	Loiret	16.810	36	21.40	30	25	55	15.2[illegible]
12	Pyrén.-Orientales	7.997	22	2.59	6	4	10	5.0[illegible]
13	Haute-Savoie	11 959	28	23.40	8	3	11	4.0[illegible]
14	Eure	10.282	22	21.40	13	24	37	9.9[illegible]
15	Morbihan	21.848	48	22.00	17	15	32	6.3[illegible]
16	Var	10.853	23	22.16	8	6	14	4.7[illegible]
17	Cantal	11.243	25	22.30	3	6	9	3.9[illegible]
18	Vienne	15 41[illegible]	34	[illegible]2.08	11	5	16	4.8[illegible]
19	Seine-Inférieure	34.445	68	19.74	61	69	130	16.3[illegible]
20	Deux-Sèvres	11.569	24	20.78	18	12	30	8.9[illegible]
21	Aisne	21.015	46	20.92	19	33	52	9.2[illegible]
22	Garonne (Haute-)	20.057	40	20.00	26	16	42	8.7[illegible]
23	Marne (Haute-)	11 736	23	19.6[illegible]	14	11	25	9.[illegible]
24	Mayenne	15.539	28	18.68	31	18	49	13.9[illegible]
25	Alpes-Maritimes	9 513	20	20 00	6	8	14	6.9[illegible]
26	Vienne (Haute-)	17.348	33	19.15	15	21	36	10.7[illegible]
27	Ariège	8.828	18	20.40	5	5	10	4.[illegible]
28	Ardennes	12 001	24	20.00	12	7	19	5.8[illegible]
29	Oise	14.639	29	19 80	12	12	24	5.9[illegible]
30	Vendée	17.736	34	19.16	24	13	37	9.0[illegible]
31	Ille-et-Vilaine	28.702	56	19.50	2[illegible]	20	41	6.8[illegible]
32	Hérault	16.40[illegible]	32	19.50	11	16	27	6 0[illegible]
33	Indre	15.361	30	19.51	13	3	16	5.6[illegible]
34	Pyrénées (Hautes-)	9.938	20	20.17	2	3	5	2.4[illegible]
35	Saône (Haute-)	10.280	2	19.45	5	6	11	3.6[illegible]
36	Loir-et-Cher	11.545	20	17.38	21	14	35	12.8[illegible]
37	Meuse	11.243	20	17.80	18	11	29	9.8[illegible]
38	Aude	14.078	25	17.80	7	41	48	6.0[illegible]
39	Seine	71.787	95	13.[illegible]2	356	339	695	28.8[illegible]
40	Maine-et-Loire	19.681	34	17.30	20	22	42	8.1[illegible]
41	Puy-de-Dôme	22.377	39	17.45	17	16	33	5.6[illegible]
42	Aveyron	13.849	24	17.32	9	14	23	5.5[illegible]
43	Yonne	13.323	22	16.50	23	11	34	9.4[illegible]
44	Seine-et-Oise	19.300	33	17.17	16	10	26	4.8[illegible]
	A reporter...	716.589	1.503	»	1.030	930	1.960	»

EPILEPTIQUES RECENSÉS ET INTERNÉS.		EPILEPTIQUES SIMPLES HOSPITALISÉS.			OBSERVATIONS
Nombre.	Proportion sur 10.000.	H.	F.	D. S.	
8	9	10	11	12	
848	22.29	»	»	»	
580	18.61	1	»	1	
892	16.01	5	3	8	A La Teppe.
474	15.64	»	»	»	
628	14.56	»	»	»	
370	14.09	»	»	»	
578	13.65	»	»	»	
187	13.56	»	»	»	
274	12.98	6	6	12	Hospice de Montauban.
459	12.79	1	2	3	Hospice d'Albi.
441	12.22	3	19	22	Hôpital général d'Orléans.
2[illegible]3	11.80	»	»	»	
320	11.70	»	»	»	
437	11.69	4	2	6	
589	11.63	»	»	»	
342	11.56	»	»	»	
267	11 54	»	»	»	
381	11.52	4	19	23	Hospice des incurables de Poitiers.
918	11.50	20	17	37	Hospices du Havre (5), de Rouen (32).
379	11.28	1	3	4	Hôpital-Hospice de Niort.
639	11.39	8	6	14	A Montreuil-sous-Laon.
549	10.88	25	44	69	Hospice de La Grave.
272	10.79	»	»	»	
377	10 7	»	»	»	
218	10.69	»	»	»	
357	10.64	13	14	27	Quartier spécial de l'asile.
259	10.61	»	»	»	
346	10.58	»	»	»	
421	10.50	1	»	1	
431	10.48	7	4	11	Hospice de La Roche-sur-Yon.
628	10.43	»	»	»	
461	10.36	3	7	10	Hospice général de Montpellier.
290	10.32	»	1	1	
245	10.29	»	»	»	
307	10.09	»	»	»	
270	9.91	4	7	11	Hospice de Bourges.
290	9.88	»	»	»	
285	9.50	»	»	»	
2.287	9.49	86	144	230	Dont 13 à La Teppe.
489	9.46	44	51	95	Hospice Sainte-Marie d'Angers.
530	9.29	»	»	»	
384	9.22	5	6	11	Hospice de Rodez.
339	9.19	»	»	»	
509	9.07	4	12	16	9 à Bourges, 7 aux Petits-Prés.
20.740	»	245	367	612	

Ordre.	DÉPARTEMENTS.	EXEMPTÉS POUR CAUSE D'ÉPILEPSIE 1873-1877			ÉPILEPTIQUES INTERNÉS COMME ALIÉNÉS			
		Inscrits.	Épileptiques.	Proportion sur 10.000.	H.	F.	D. S.	Proportion
		1	2	3	4	5	6	7
	Report...	716.589	1.503	»	1.030	930	1.960	»
45	Jura	10.895	17	15.60	21	11	32	11.4
46	Loire	29.088	46	15.81	37	17	54	9.1
47	Pas-de-Calais	31.349	52	16.10	30	28	58	7.3
48	Loire-Inférieure	25.842	39	15.09	36	37	73	11.9
49	Somme	22.276	37	16 61	7	7	14	2.5
50	Gers	10.290	16	15.55	11	9	20	7.0
51	Côtes du-Nord	24.978	37	14.82	40	15	55	8.7
52	Nord	53.971	79	14.65	59	79	138	9.0
53	Marne	18.221	25	13.73	27	28	55	13.4
54	Nièvre	18.640	22	11.80	30	50	80	23.0
55	Savoie	11.281	17	15.07	10	5	15	5.6
56	Ain	14.662	18	12.29	21	6	27	7.4
57	Indre-et-Loire	10.813	15	13.87	9	20	29	8.9
58	Gironde	26.311	37	14.09	30	27	57	7.7
59	Charente	11.699	16	13.7	18	18	36	9.6
6	Alpes (Basses-)	5.762	7	12 15	7	2	9	6 6
61	Dordogne	18.731	23	12.28	23	23	46	9.3
62	Drôme	13.372	17	12.70	»	»	»	6.5
63	Vosges	13.994	18	12.86	10	8	18	4.4
64	Rhône	17.952	20	11.15	50	22	72	10.8
65	Rhin (Haut-)	10.190	13	12 76	2	1	3	4.37
66	Aube	9.426	12	12.73	6	5	11	4.3
67	Saône-et-Loire	28.830	35	12.13	22	15	37	6.0
68	Seine-et-Marne	13.646	17	12.45	10	4	14	4.03
69	Manche	22.873	28	12.23	11	15	26	4.8
70	Vaucluse	10.862	11	10.14	16	17	33	12.9
71	Cher	12.032	12	10.00	26	19	45	13.0
72	Allier	14.615	13	8.91	32	28	60	14.7
73	Isère	23.131	25	10.86	21	14	35	6.0
74	Calvados	16.115	15	9.3	14	27	41	9 1
75	Lot	9.391	9	9.58	17	4	21	7.6
76	Meurthe-et-Moselle	21.398	18	8 43	26	25	51	12.6
77	Côte-d'Or	16.193	15	9.27	14	14	28	7.
78	Sarthe	18.203	17	9.33	13	14	27	6.0
79	Creuse	9.328	9	9.65	7	5	12	4.
80	Doubs	10.666	10	9.37	14	2	16	5.
81	Lot-et-Garonne	13.287	12	9.04	12	6	18	5.
82	Orne	15.365	12	7.82	18	21	39	9.
83	Alpes (Hautes-)	5.331	5	9.39	»	1	1	0
84	Finistère	28.552	24	8.43	21	11	32	4.
85	Charente-Infér.	18.455	14	7.53	12	7	19	4.
86	Eure-et-Loir	11.631	5	4.31	16	26	42	14.
87	Loire (Haute-)	12.504	6	4.81	11	8	19	6.
	Divers ; Prisons	»	»	»	21	6	27	»
	Familles	»	»	»	19	23	42	»
	FRANCE	1.458 740	2.398	16 44	1 887	1.660	3 547	9

ÉPILEPTIQUES RECENSÉS ET INTERNÉS.		ÉPILEPTIQUES SIMPLES HOSPITALISÉS.			OBSERVATIONS
Nombre.	Proportion sur 10.000.	H.	F.	D. S.	
8	9	10	11	12	
20.740	»	245	367	612	
257	8.91	»	»	»	
441	8.82	4	6	10	A La Teppe.
696	8.78	»	7	7	Asile de Souchez près Arras.
536	8.74	26	28	51	Divers hospices.
476	8.55	2	»	2	
240	8.48	»	»	»	
523	8.28	7	13	20	Hospice de Saint-Brieuc.
1.250	8.23	25	27	52	Hospices divers.
241	8.21	3	4	7	
285	8.21	»	»	»	
247	8.09	5	5	10	Hospice de la Charité.
288	7.89	»	»	»	
254	7.83	3	7	10	Hospice de Tours.
575	7.82	»	32	32	A Mérignac (Gironde).
292	7.81	»	»	»	
101	7.41	»	»	»	
347	7.08	»	»	»	
215	7.00	2	4	6	A La Teppe.
280	6.87	»	»	»	
482	6.83	35	36	71	20 au dépôt de mendicité ; 39 à l'Antiquaille, 12 à la Teppe.
47	6.81	»	»	»	
153	6.80	»	»	»	
409	6.67	»	»	»	
230	6.63	3	3	6	
356	6.60	1	1	2	
144	6.36	»	»	»	
218	6.30	15	31	46	Quartier spécial à l'hospice de Bourges.
241	5.93	»	»	»	
162	5.78	»	»	»	
250	5.56	»	»	»	
153	5.55	»	»	»	
222	5.48	»	»	»	
203	5.37	4	5	9	A La Teppe.
235	5.27	11	8	19	Hospice général du Mans.
146	5.26	»	»	»	
158	5.16	4	12	16	Asile de Bellevaux.
162	5.12	»	»	»	
193	4.91	»	»	»	
53	4.78	»	»	»	
308	4.70	»	»	»	
196	4.20	»	»	»	
103	3.64	»	»	»	
94	3.00	7	8	15	
»	»	»	»	»	
»	»	»	»	»	
3.193	9.203	402	604	1.006	

dix à quarante ans, ce qui m'a donné pour les hommes le chiffre de 14,350 épileptiques et pour les deux sexes 28,700.

Ce chiffre doit être quelque peu augmenté et cela pour deux raisons.

Personne n'ignore, en effet, que lors de l'examen des conscrits, on n'admet comme épileptiques que ceux dont la maladie est parfaitement avérée et que l'on déclare comme indemnes et propres au service un certain nombre d'individus atteints de simples vertiges ou d'accès très éloignés.

En second lieu, lors de l'examen des conscrits, tout individu qui ne se présente pas parce qu'il est séquestré dans un asile d'aliénés, est considéré comme aliéné, lors même qu'il serait en même temps atteint d'épilepsie.

Comme je connaissais le chiffre exact des épileptiques internés dans les asiles, chiffre qui n'est nullement en proportion, d'ailleurs, avec le nombre total des épileptiques dans chaque département, j'ai fait entrer en ligne de compte cet élément important et j'ai pu dresser ainsi un tableau qui donne aussi approximativement que possible par département la proportion des épileptiques sur 10,000 habitants (Tableau I et carte à teintes dégradées).

Il ressort d'ailleurs de ces chiffres que la proportion, pour la France entière, serait de 9.203 sur 10,000 habitants proportion qui correspond au chiffre de 33,225 épileptiques.

Cette proportion de 9.203 sur 10,000 habitants est bien loin de celle de 60, également sur 10,000 habitants, donnée par Herpin et qu'il avait obtenue, je dois le dire, par un procédé absolument défectueux (1).

Elle se rapproche notablement au contraire de celles fournies par les recherches faites récemment dans quelques-uns de nos départements.

Dans l'Eure, M. le Dr Gallopain a obtenu la proportion de 7,18.

(1) *Loc. cit.*, p. 527.

Dans la Sarthe, d'après les renseignements fournis par M. Mordret, la proportion serait seulement de 3,60; dans le Tarn-et-Garonne, suivant M. Darnis, de 5,16 ; dans l'Allier, d'après le Dr Lapointe, de 11,69 et enfin dans le Rhône, si nous nous en rapportons à un relevé fait il y a une dizaine d'années, de 6,64 sur 10,000 habitants (1).

Dans le département du Nord, où le recensement des épileptiques a été fait, commune par commune, par les soins de M. le Dr Bouteille, la proportion serait de 4,15.

Mais tous ces chiffres, provenant de relevés effectués sur place, représentent forcément des minima; la proportion de 9.203 que j'ai donnée plus haut pour toute la France, peut donc être considérée comme très approximativement exacte. Cette proportion, je le répète, correspond à un chiffre de 33,225 épileptiques.

Sur ce nombre combien sont séquestrés dans les asiles? Combien sont simplement hospitalisés?

La loi du 30 juin 1838 qui a modifié si profondément la situation des aliénés, n'a rien fait pour les épileptiques simples; et malgré les réclamations incessantes du corps médical, aujourd'hui comme il y a cinquante ans, ils ne sont reçus dans les asiles que s'ils sont réputés aliénés.

Si encore on y admettait tous ceux qui sont atteints de folie continue ou transitoire, tous ceux qui à la suite de leur accès présentent une lésion plus ou moins profonde de l'intelligence et peuvent devenir dangereux pour eux-mêmes ou pour la société, on aurait déjà réalisé un progrès incontestable. Mais il n'en est point ainsi : sur les 33,225 épileptiques existant en France à la date du 1er janvier 1878, 3,550 seulement, c'est-à-dire le neuvième environ, étaient internés dans les asiles d'aliénés (voir le tableau I., col. 4, 5, 6 et 7).

Le nombre de ceux qui sont simplement hospitalisés était

(1) Lacour, *loc. cit.*, p. 24.

plus difficile à déterminer. En dehors des épileptiques, en effet, qui sont reçus dans deux ou trois asiles spéciaux et quelques grands établissements hospitaliers, il en est d'autres qui sont recueillis dans de petits hospices répartis sur tous les points du territoire ; mais on ne les y admet qu'avec une grande répugnance et le nombre des malheureux qui jouissent de ce triste privilège est très restreint.

Les épileptiques admis dans les établissements spéciaux et dans les hôpitaux et hospices d'une certaine importance, les seuls dont j'aie pu obtenir le nombre, représentènt une population d'environ 1,170 malades.

En voici la répartition par ordre alphabétique des départements (voir Tableau II).

J'évalue à 500 environ le chiffre de ceux qui sont disséminés dans les petits hospices. Il n'y aurait donc guère en France que 1,650 épileptiques simples qui seraient hospitalisés ou traités dans des établissements spéciaux (1). Si à ce nombre on ajoute les 3,550 épileptiques aliénés entretenus dans les asiles, on obtient le chiffre de 5,200 épileptiques de toutes catégories admis dans des établissements hospitaliers : 28,000 environ seraient donc conservés dans leur famille.

Je m'empresse d'ajouter, d'ailleurs, que la situation faite aux épileptiques est partout à peu près la même, aux États-Unis aussi bien que dans les divers pays d'Europe, ainsi

---

(1) Voici d'ailleurs à titre de renseignement les sommes qui étaient inscrites aux budgets départementaux de 1879, pour le traitement et l'assistance des épileptiques simples :

Ardennes	387 fr.
Bouches-du-Rhône	888
Côte-d'Or	2,015
Drôme	585
Loire	1,252
Loiret	3,915
Lot-et-Garonne	1,158
Rhône	20,326
Sarthe	2,966
Total	33,492 fr.

TABLEAU II. — *Répartition des épileptiques simples placés dans des établissements spéciaux et les principaux hospices au commencement de l'année* 1879.

DÉPARTEMENTS.	ÉTABLISSEMENTS OU ÉTAIENT PLACÉS LES MALADES (1).	Hommes.	Femmes.	Deux-sexes.
Aisne.	Dépôt de Montreuil-sous-Laon (Aisne, Marne et Seine-et-Marne).	18	13	31
Aveyron. . . .	Hospice de Rodez.	5	6	11
Cher.	Hospice de Bourges, quartier spécial (Cher, Loir-et-Cher, Seine-et-Oise).	25	46	71
Côtes-du-Nord. .	Hospice de Saint-Brieuc.	7	13	20
Doubs	Asile de Bellevaux, à Besançon.	4	12	16
Drôme.	Etablissement spécial de La Teppe, à Tain (départements et familles).	109	113	222
Eure.	Quartier spécial annexé à la maison centrale de Gaillon.	10	»	10
Haute-Garonne .	Hospice de la Grave, à Toulouse.	25	44	69
Gironde.	Asile des sœurs de la Sainte-Agonie, à Mérignac.	»	30	30
Hérault.	Hospice général de Montpellier	3	7	10
Indre-et-Loire. .	Hospice de Tours.	3	7	10
	Couvent de St-Martin-des-Douets, à Notre-Dame-d'Oë.	»	6	6
Loire (Haute-). .	Hospice du Puy.	8	7	15
Loire-Inférieure.	Hospices divers.	26	28	54
Loiret	Hospice général d'Orléans.	3	19	22
Maine-et-Loire. .	Hospice Sainte-Marie-d'Angers.	44	50	94
Nord	Hospices divers.	25	27	52
Pas-de-Calais . .	Asile de Souchez, près Arras.	»	7	7
Rhône.	Dépôt de mendicité.	8	12	20
	Hospice de l'Antiquaille, quartier spécial. .	19	20	39
Sarthe.	Hospice général du Mans, quartier spécial . .	11	8	19
Savoie.	Hospice de la Charité, à Chambéry.	5	5	10
Seine.	La Salpêtrière, quartier spécial.	»	137	137
	Bicêtre, quartier commun avec les épileptiques aliénés.	80	»	80
	Deux maisons de santé	»	»	»
Seine-Inférieure.	Hospice du Havre.	5	»	5
	Hospice général de Rouen	15	17	32
Seine-et-Oise. .	Les Petits-Prés, commune de Plaisir, près Versailles.	2	5	7
Tarn-et-Garonne	Hospice de Montauban.	6	6	12
Vendée.	Hospice de La Roche-sur-Yon.	3	2	5
Vienne.	Hospice des incurables de Poitiers	4	19	23
Vienne (Haute-).	Quartier spécial de l'asile des aliénés. . . .	14	14	28
		487	680	1.467

(1) Un certain nombre d'établissements reçoivent des épileptiques appartenant à plusieurs départements.

qu'il résulte des renseignements suivants à la fois statistiques et administratifs puisés aux meilleures sources :

En *Italie*, m'écrit M. Bodio, directeur de la Statistique du royaume, il n'y a ni lois ni asiles spéciaux pour les épileptiques, dont on n'a d'ailleurs jamais fait le recensement.

Le 1er janvier 1875, sur 12,210 aliénés (6,476 h.; 5,734 f.) internés dans les divers asiles et hôpitaux de l'Italie continentale, il y avait 783 épileptiques internés—470 hommes, 313 femmes (1) — ce qui donne, par rapport au nombre des aliénés séquestrés, la proportion de 7.26 p. 100 pour les hommes, de 5.16 pour les femmes et de 6.12 pour les deux sexes et, par rapport à la population de l'Italie continentale, de 3.28 sur 100,000 habitants. Il y aurait donc moins d'épileptiques en Italie qu'en France où la proportion des épileptiques internés comme aliénés est de 7.87 p. 100 par rapport aux aliénés sequestrés, et de 9.83 pour 100,000 habitants.

En *Suisse*, d'après les renseignements qui m'ont été transmis par les Drs Chatelain (de Préfargier) et Fetscherin (de Lucerne), il n'y a ni lois, ni asiles spéciaux pour les épileptiques non aliénés, dont il n'a d'ailleurs jamais été fait de recensement général.

La même observation s'applique à l'*Autriche-Hongrie* (lettres de MM. Keleti et Korosi, directeurs de la Statistique de l'Autriche et de la Hongrie), à la *Belgique*, aux *Pays-Bas* et à l'*Espagne* (lettres de MM. Oudart, inspecteur général, de Bosch-Kemper, ancien directeur de la Statistique et Dr Pujadas, de Barcelone).

La *Prusse* est un peu mieux partagée d'après les renseignements que m'a transmis M. Engel, directeur de la Statistique du royaume. Les épileptiques non aliénés sont admis dans les hospices ordinaires; mais depuis 1867, il y a

(1) Verga, *Prime linee d'unna statistica delle Frenopatie in Italia*, in *Archivio di statistica*, anno 11, fasc. III, 1878.

de plus pour eux un asile privé spécial du nom de Bethel, situé à Bielefeld, province de Westphalie. M. Engel ajoute que les épileptiques non aliénés sont également reçus dans deux autres asiles spéciaux situés l'un à Eckerode, dans le duché de Brunswick, l'autre à Stetten, dans le Wurtemberg.

Dans le royaume de Prusse, le nombre des épileptiques internés dans les asiles comme aliénés était, le 1er janv. 1878, de 1,587 — 857 hommes et 730 femmes — ce qui donne une proportion de 6.63 sur 100,000 habitants.

Dans la *Grande-Bretagne*, m'écrit le Dr Hack Tuke, il n'y a ni lois ni établissements spéciaux pour les épileptiques simples, mais il existe à Londres trois petits hôpitaux pour les maladies nerveuses, où sont admis les épileptiques non aliénés.

Quant aux épileptiques aliénés, ils sont internés comme en France dans les asiles d'aliénés; en 1876, on en comptait dans les asiles de l'Angleterre et du pays de Galles, 1393 — 797 hommes et 595 femmes, — ce qui, par rapport au nombre des aliénés internés dans les mêmes établissements, donne la proportion de 11,44 p. 100 pour les hommes, de 8,30 pour les femmes et de 9,85 pour les deux sexes et, par rapport à la population de l'Angleterre et du pays de Galles, de 6.13 sur 100,000 habitants ; mais il faut ajouter qu'un très grand nombre d'épileptiques aliénés relativement inoffensifs sont placés dans les workhouses, établissements qui tiennent à la fois de nos hospices d'incurables et de nos dépôts de mendicité.

Aux *Etats-Unis*, d'après les renseignements fournis par M. Echeverria, il n'y a pas de lois spéciales sur les épileptiques; mais à la session de l'Association des aliénistes américains qui s'est tenue à Baltimore en 1873, la question a été agitée et une commission de trois membres a été chargée de préparer un projet de loi concernant le traitement et l'assistance des épileptiques.

Il n'existe d'établissement spécial pour les épileptiques, aux Etats-Unis, qu'à New-York ; cet établissement fondé sur les indications de M. Echeverria par les soins des *Commissioners of public charities and corrections*, contient 150 lits. Il y a de plus dans le même établissement une consultation externe gratuite où l'on délivre des médicaments aux malades qui peuvent se soigner sans entrer à l'hôpital.

Il résulte des documents qui précédent qu'à l'étranger comme en France rien, en quelque sorte, n'a encore été fait pour les épileptiques non aliénés. Nulle part le nombre n'en a été relevé même approximativement ; nulle part les pouvoirs publics n'ont adopté à leur égard des dispositions législatives spéciales ; nulle part, enfin, à part quelques efforts individuels forcément impuissants, on ne s'est occupé sérieusement de leur venir en aide. Nous n'avons donc sous ce rapport rien à envier aux autres pays.

Est-ce une raison pour que nous restions dans le *statu quo?* Cela n'est pas admissible pour quiconque veut bien réfléchir qu'un certain nombre des 28,000 épileptiques non hospitalisés présentent des chances de guérison; que la plupart sont susceptibles d'amélioration, que beaucoup d'autres sont incapables de subvenir à leurs besoins, et que presque tous enfin peuvent, à un moment donné, devenir dangereux pour la sécurité publique.

D'après les renseignements que j'ai pu recueillir de divers côtés, j'estime qu'en dehors des 5,200 épileptiques internés ou simplement hospitalisés, 10,000 au moins devraient être placés dans des établissements spéciaux.

De quelle nature devraient être ces établissements ? où devraient-ils être situés ?

Si les épileptiques peuvent en général être considérés comme des infirmes et rapprochés sous ce rapport des aveugles et des sourds-muets, il n'est pas douteux que la

plupart sont en même temps des malades dont l'état peut être modifié plus ou moins avantageusement par des soins hygiéniques et un traitement approprié. Presque tous enfin, on ne saurait trop le répéter, sont éventuellement dangereux pour la sécurité publique.

On ne peut donc considérer les épileptiques, pris dans leur ensemble, ni comme des infirmes, ni comme des malades ordinaires ; nous ne sommes pas autorisés davantage à les assimiler aux aliénés : les moyens de traitement et d'assistance qui sont appliqués aux uns et aux autres ne peuvent donc convenir aux épileptiques.

Mais est-il nécessaire de prendre à leur égard des mesures législatives spéciales? Va-t-il nous falloir construire pour eux des établissements distincts de ceux que nous possédons aujourd'hui? Ces deux questions sont des plus complexes et pratiquement des plus difficiles à résoudre.

Sur le premier point je serai très explicite. Tant qu'ils ne sont que des infirmes ou des malades ordinaires, les épileptiques ne doivent être l'objet d'aucune disposition législative spéciale; mais il n'en est plus de même lorsqu'ils sont atteints soit de folie continue, soit même simplement d'accès plus ou moins violents d'aliénation mentale consécutifs à leurs attaques. Ce ne sont plus dès lors des malades ordinaires; ce sont des êtres éminemment dangereux contre lesquels la société a le droit et le devoir de se défendre et de se prémunir. Or la loi du 30 juin 1838, sagement mais rigoureusement appliquée, nous fournit à cet égard des moyens d'action parfaitement suffisants et ce n'est pas en général contre la séquestration des malades de cette catégorie que s'élèveront des protestations.

Il n'y a donc rien à changer à la législation actuelle en ce qui concerne les épileptiques (1).

(1) Je ferai cependant quelques réserves à cet égard. Je ne serais pas éloigné d'admettre que la loi imposât aux départements et aux communes l'obligation d'hospitaliser leurs épi-

La seconde question est plus délicate et m'arrêtera plus longtemps. Je ferai d'abord observer que sur les 28,000 épileptiques, vivant en liberté, 18,000 environ sont des infirmes inoffensifs dont la présence dans la famille est acceptée sans conteste et auxquels la rareté et le peu de violence de leurs accès permettent de rendre quelques services et parfois même de vivre de leur travail, surtout dans les campagnes. Pour ceux-là je ne demanderais pas que rien fût changé à leur situation, au moins pour le moment. Tout au plus serait-il nécessaire de placer dans les hospices ordinaires ou d'assister à domicile ceux qui ne sont plus capables de gagner leur vie.

Il ne resterait donc guère que 10,000 épileptiques environ qu'il me paraîtrait nécessaire d'interner ou tout au moins d'hospitaliser. Ce n'est guère, en effet, que dans les établissements hospitaliers que l'on peut appliquer à ces malheureux, avec quelques chances de succès, les soins hygiéniques et les moyens de traitement dont l'efficacité a été reconnue.

D'un autre côté, s'il n'est pas exact d'affirmer que tous les épileptiques sont atteints à un degré quelconque d'aliénation mentale, il n'est pas douteux que les plus inoffensifs en apparence présentent parfois à la suite de leurs crises une perturbation momentanée des facultés intellectuelles et morales pendant la durée de laquelle ils peuvent devenir très dangereux.

Le mieux serait donc, à mon sens, et c'était également l'opinion de Ferrus (1) et de Parchappe (2), de créer dans le

---

leptiques non aliénés. Mais je doute que le Parlement qui a décidé, en votant la loi du 10 août 1871,—confirmative, d'ailleurs, sous ce rapport de celle du 18 juillet 1866,—que les dépenses d'entretien des aliénés ne seraient plus obligatoires, consente à entrer dans cette voie.

(1) *Des aliénés*. Paris, 1834, p. 305.

(2) *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Paris, 1853, p. 6.

voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés des quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région. Ces quartiers spéciaux deviendraient rapidement autant de centres où les épileptiques non hospitalisés viendraient chercher des indications thérapeutiques et au besoin même des médicaments dont ils pourraient faire usage sans être obligés de quitter leurs occupations.

Ce desideratum a été jusqu'à un certain point réalisé dans un établissement privé situé à Tain, dans la Drôme; malheureusement cet établissement ne peut recevoir qu'un petit nombre de malades au compte des départements; il n'y a pas, d'ailleurs, d'asile d'aliénés dans le voisinage, et on ne peut y conserver, sans contrevenir aux prescriptions de la loi de 1838, les épileptiques qui ont à la suite de leurs accès des crises d'excitation maniaque quelque peu prolongées. Les quartiers annexés aux asiles d'aliénés me semblent donc de beaucoup préférables.

Mais je voudrais quelque chose de plus; il me paraîtrait désirable que l'État fît pour les épileptiques ce qui a été réalisé pour les aveugles, les sourds-muets et les aliénés, et qu'il créât de toutes pièces un ou plusieurs établissements spéciaux où seraient reçus, à des prix de pension modérés, comme à Charenton, les épileptiques des deux sexes curables ou incurables qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés, ni dans les hôpitaux ordinaires.

Mais quel que soit le parti qu'on adopte, il est nécessaire, puisque la question a été soulevée de nouveau, qu'elle reçoive cette fois une prompte solution et qu'on ne laisse pas plus longtemps une classe nombreuse et intéressante à tous égards, d'infirmes et de malades, dans une sorte d'abandon qui est indigne d'un grand pays.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE (1)

Par M. le Dr A. GIRAUD
Directeur-Médecin de l'asile de Fains.

La responsabilité limitée. — L'affaire Menesclou (par Ch. Lasègue, Brouardel et Motet). — Affaire T... triple assassinat, amnésie et folie simulée, responsabilité limitée (par Récipon, Fabre, Bonhomme et Vissaguet, au Puy). — Étude médico-légale sur l'état mental de Victor D... escroqueries, atténuation de la responsabilité, par Marandon de Montyel. — Affaire L... inculpé d'attentat à la pudeur, responsabilité limitée (par Bulard et Lafargue, à Bordeaux). — Affaire B ..attentat à la pudeur, responsabilité atténuée (Chasseloup de Châtillon, à Niort).

Dans la pratique de la médecine légale, le rôle de l'expert est toujours hérissé de difficultés lorsque l'examen d'un accusé le conduit à cette conclusion : la responsabilité du prévenu n'est pas entière ; elle est diminuée ou limitée. Une telle conclusion, quelque légitimée qu'elle soit par les faits, prête facilement à la discussion et récemment à la

(1) Afin de faire passer sous les yeux de nos lecteurs un plus grand nombre de faits relatifs à la médecine légale des aliénés, nous analyserons dorénavant dans une série de « REVUES MÉDICO-LÉGALES » les rapports qui nous seront envoyés en manuscrits et ceux qui seront publiés.
Les rapports ayant une importance exceptionnelle continueront d'être reproduits intégralement.
Nous prions nos collaborateurs et nos lecteurs de nous envoyer le plus d'éléments possible pour cette revue.

Société médico-psychologique, M. Dally repoussait d'une manière absolue la thèse de la responsabilité incomplète, atténuée, diminuée, soutenant que personne, pour employer l'expression de M. Falret (art. Responsabilité, *Dict. encycl.*), ne pouvait avoir la prétention de posséder un *phrénomètre;* il reprochait même à M. Falret de s'être mis, dans son article sur la responsabilité, en contradiction avec lui-même en se ralliant à la thèse de la responsabilité partielle. L'opinion de M. Dally fut aussitôt combattue par M. Legrand du Saulle, et sans rentrer ici dans la discussion, on ne peut admettre que M. Falret ait soutenu dans le même article deux opinions diamétralement opposées. Ce qu'a écrit M. Falret, c'est que : « irresponsabilité et folie » sont deux termes connexes et synonymes aux yeux des » magistrats comme aux yeux des médecins. Le médecin » expert, chargé par la justice d'examiner un individu » soupçonné de folie et accusé d'un acte dit criminel, n'a » donc qu'une seule question à décider : cet individu » était-il aliéné, et partant, irresponsable au moment où » il a accompli l'acte incriminé? » Krafft-Ebing a soutenu la même opinion, et traité d'absurde la théorie d'une responsabilité partielle, entendue dans le sens de « la sus» pension du libre arbitre pour les actes seulement qui » résultent de la conception délirante, tandis qu'il reste» rait intact pour tous ceux qui sont en dehors du cercle » maladif. »

Lorsque les faits se présentent avec ce caractère de simplicité, le doute n'existe pas, et jamais le médecin expert n'hésite à déclarer qu'un aliéné proprement dit n'est pas responsable. Mais ce qui est souvent embarrassant, c'est de distinguer si le prévenu est véritablement soit un criminel, soit un aliéné, ou s'il n'appartient pas à une classe intermédiaire servant de transition entre les deux. En effet, comme l'a dit Maudsley avec bien d'autres, « entre le crime et l'insanité, il existe une zone neutre ;

» sur un de ses bords, on n'observe qu'un peu de folie et » beaucoup de perversité, à la limite opposée la perversité » est moindre et la folie domine. » C'est pour ces cas, *incertæ sedis*, que l'expert est souvent amené à conclure à une atténuation de la responsabilité et à s'écarter à la fois de ceux qui considèrent tout homme qui a commis un crime comme un être dangereux dont la société doit se défaire, ainsi que d'un animal malfaisant, et de ceux qui, s'appuyant sur certaines analogies, ne veulent voir dans le criminel qu'un être dégénéré, qu'un malade, plus à plaindre qu'à blâmer.

Parmi les analogies établissant un lien entre les aliénés et les criminels, on peut citer en première ligne l'hérédité et les déformations du crâne.

Le crime est parfois héréditaire, comme l'a écrit Maudsley, et dans un travail récent intitulé : *Le criminel au point de vue anatomique et physiologique*, M. A. Foville (1) a résumé les observations de cette nature les plus saillantes; tels sont, entre autres, les exemples rapportés par Bruce Thompson, Lombroso, Mayhew, Prosper Despine, Dugdale. Sans doute il y a lieu de faire aussi une part très large à l'éducation, à l'influence du milieu moral, à la contagion du mauvais exemple ; mais on ne peut faire abstraction du fait de l'hérédité, surtout quand on observe, dans la famille du criminel, des cas de folie véritable, des névroses telles que l'hystérie et l'épilepsie, et des infirmités diverses.

L'étude des déformations du crâne n'a pas permis, jusqu'à présent, d'arriver à des données générales ; c'est ce que constate M. Foville, et c'est également la conclusion à laquelle arrivent les auteurs d'un travail publié dans la *Revue d'anthropologie* (janvier 1881) sur le crâne de criminels et de suicidés. Et pourtant, on a pu dire avec raison

(1) *Ann. d'hygiène et de médecine légale*, 1880.

que la population des maisons centrales formait une classe à part, offrant pour un œil exercé un type reconnaissable, susceptible même d'être subdivisé en diverses catégories.

A côté des condamnés non vicieux, dont la perversité ne constitue pas l'état chronique, mais qui sont accidentellement entraînés à commettre un crime, se trouvent d'une part, les condamnés profondément méchants, vivant en révolte constante contre les lois; d'autre part, la masse des inertes, des paresseux, brutes ou abrutis. C'est en présence de ces derniers, de ces êtres dégénérés, atteints d'une véritable imbécillité morale, que surgissent les plus grandes difficultés pour le médecin expert. S'il conclut à la responsabilité pleine et entière et si la loi est appliquée dans toute sa rigueur, ne peut-on pas dire que le condamné est victime d'une regrettable erreur judiciaire? Si, au contraire, on admet que le prévenu soumis aux lois de l'hérédité, a agi fatalement, parce que son organisation physique et morale était congénitalement vicieuse, ne s'abandonne-t-on pas à une philanthropie généreuse mais de nature à favoriser le crime, en substituant à la crainte du châtiment la confiance en l'impunité?

Afin d'éviter, dans la mesure du possible, ce double écueil, les experts se trouvent donc amenés à rechercher si les inculpés, appartenant à la *zone neutre* de Maudsley, présentent peu de folie et beaucoup de perversité, ou si au contraire la perversité est moindre et la folie dominante. Dans le premier cas, ils concluent naturellement que leur responsabilité était presque complète; dans le second, qu'elle était presque nulle; et entre ces deux termes extrêmes, il y a place pour de nombreuses nuances intermédiaires.

Ainsi motivée et comprise, la théorie de la responsabilité partielle nous paraît à l'abri de tout reproche, et dans la pratique elle s'impose d'une manière à peu près inévitable.

Les faits dans lesquels le problème médico-légal se pose

de cette manière sont loin d'être rares, et s'ils présentent tous, à certains égards, des caractères communs, ils offrent, d'autre part, une très grande diversité de traits individuels et de particularités intéressantes.

A l'appui des données générales qui précèdent, nous allons passer en revue un certain nombre de rapports de médecine légale qui ont été publiés dans d'autres recueils, ou qui ont été adressés en manuscrit à la rédaction des *Annales*.

Citons en première ligne l'affaire Menesclou, dans laquelle le crime était tellement épouvantable que le juge d'instruction dut se demander si le coupable possédait bien toute sa raison. D'après l'accusation, Menesclou avait attiré dans sa chambre une petite fille de quatre ans, s'était livré sur elle à des tentatives de viol, l'avait étranglée, puis l'avait découpée en plus de quarante morceaux. MM. Lasègue, Brouardel et Motet, qui ont été chargés d'examiner Menesclou, ont publié dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (novembre 1880) leur rapport *in extenso* et l'ont fait suivre de réflexions qui complètent leur appréciation de l'état mental de l'accusé. Menesclou était âgé de vingt ans. Un de ses oncles aurait été atteint d'une aliénation de nature indéterminée, probablement alcoolique. Sa mère a été internée à l'asile Sainte-Anne pendant un temps assez court. Menesclou, dans son enfance, a été atteint de convulsions, et est resté, pendant l'adolescence, sujet à des troubles nerveux; le sommeil était inquiet, et l'émission des urines involontaire pendant la nuit. A la puberté, il prit des habitudes précoces de masturbation; son intelligence était paresseuse et il montrait de mauvais instincts. Il s'est fait renvoyer des écoles primaires, des ateliers où il était admis comme apprenti, et il a dû être consigné dans une maison d'éducation correctionnelle. Il en sortit non amélioré, entra comme mousse dans la marine de l'Etat, et quitta le service

en 1879 pour revenir à la maison paternelle où il mena une vie complètement oisive. Voici le portrait qui a été fait de son existence : « La déposition très explicite de son cama-
» rade Larcher nous l'a montré sous son aspect vrai : un
» oisif étranger aux débauches, aimant le jeu sans entraî-
» nement, ayant des besoins d'argent sans appétits déme-
» surés de dépense, vivant au hasard des rencontres, suf-
» fisant à ses besoins réduits avec les 50 centimes que son
» père lui donnait chaque jour et se passant de déjeuner
» pour se contenter du repas du soir, plus emporté que
» violent malgré les scènes répétées que son père et sa mère
» avaient à subir, sournois et sauvage, bien qu'il ne pût se
» passer de la compagnie de ses pareils. Pas d'appétits gé-
» nésiques constatés, sauf celui de l'onanisme, pas d'ha-
» bitudes lubriques. Tout détestable et moyen, plus de
» médiocrité vicieuse que de passion. Les camarades le te-
» naient pour un mauvais sujet, il n'est venu à l'esprit
» d'aucun d'eux que ce fût un fou. »

L'examen direct des experts ne fit rien constater de particulier si ce n'est une surdité incomplète probablement d'origine scrofuleuse ; le crâne parut symétrique et sans déformation. A aucun moment il ne fut possible de saisir une divagation ; la mémoire était présente ; Menesclou put fournir sur son passé des explications sommaires, refusant d'entrer dans de longs détails sur son crime, niant le viol préalable, mais restant toujours correct dans son récit, et ne donnant jamais lieu de supposer une perte momentanée de la conscience. De l'examen direct, les experts arrivèrent à déduire : « Il a fait preuve d'une intelligence bornée mais
» suffisante pour exclure non seulement la supposition d'un
» désordre mental actuel, mais d'une crise délirante dont
» le souvenir reste confus ou effacé et qui laisse au réveil
» de la conscience l'étonnement d'avoir accompli des actes
» auxquels on sent avoir été étranger. »

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« 1o Menesclou n'est pas atteint d'une maladie mentale
» continue et le privant du libre exercice de sa volonté;

» 2o Il n'a pas agi sous l'influence d'un accès de délire
» passager, suspendant momentanément la raison et lui
» substituant des impulsions ou inconscientes ou irrésis-
» tibles;

» 3o Son intelligence est limitée, mais pas assez pour au-
» toriser à admettre un état d'imbécillité ou d'impuissance
» mentale, de nature à exclure la responsabilité. »

Les experts n'ayant pas conclu à l'irresponsabilité de Menesclou, le jury rendit un verdict qui entraîna la condamnation à la peine de mort et la sentence fut exécutée.

Dans ce rapport, dont nous venons de présenter l'analyse, les conclusions sont négatives, mais dans les réflexions qui sont publiées à la suite, un nouveau problème est posé. Si Menesclou n'était pas aliéné, comment a-t-il été amené, sans folie, à commettre un semblable crime? « Les experts,
» lisons-nous, en si graves circonstances ne sauraient se
» dissimuler la part énorme de responsabilité qui leur in-
» combe. Le crime touche par tant de côtés à la folie, comme
» la maladie touche à la santé, qu'on a souvent peine à mar-
» quer exactement les limites qui les séparent. » Telle est l'opinion exprimée par MM. Lasègue, Brouardel et Motet. Il était difficile de classer d'emblée Menesclou soit comme un aliéné, soit comme un homme entièrement sain d'esprit. C'était, suivant une expression pittoresque, un homme *à côté, ... strumeux moralement* et *physiquement*. L'intelligence était limitée, mais pas assez pour exclure la responsabilité. C'était une nature vulgaire, un incapable; ses instincts le poussaient au vagabondage; sans activité, il se montrait passif en tout, sans passion violente mais aussi sans aspiration honnête, susceptible d'une certaine éducation, puisqu'il a fait certains progrès à l'école; mais incapable d'un bon sentiment, ayant des camarades sans avoir des amis, n'ayant une famille que pour assurer sa nourri-

ture, et néanmoins pouvant combiner son existence avec assez de méthode pour qu'on ne puisse pas être fondé à lui contester la conscience de ses actes. Menesclou trouverait donc sa place dans la zone neutre de Maudsley, mais sur le bord le plus éloigné de la folie,celui où la perversité domine.

Le nommé T..., examiné par MM. Récipon, Fabre, Bonhomme et Vissaguet au Puy, avait à la fois de fâcheuses prédispositions héréditaires et des antécédents alcooliques. Le cas paraît avoir été, pour les experts, d'autant plus embarrassant, que l'accusé aurait, après son crime, simulé la folie. Une rapide analyse du rapport est nécessaire pour exposer la situation.

Le 11 décembre 1879, T... qui vivait séparé de sa femme et était brouillé avec sa belle-mère, avait, en déménageant son mobilier, en compagnie d'autres ouvriers qui l'aidaient, fait de nombreuses séances au cabaret. Il avait pris plusieurs gouttes et bu environ deux bouteilles de vin; toutefois, d'après les témoins, il n'était pas ivre. Entre trois et quatre heures de l'après-midi, il paya ses ouvriers et but un dernier petit verre au cabaret. Vers cinq heures un quart, il quitta ses compagnons, disant qu'il se rendait chez sa mère. Vers six heures,passant devant la maison de son beau-frère, il y pénétra, rencontra sa femme et diverses personnes; il fit entendre des menaces, puis se rendit chez un armurier, et acheta un revolver qu'il marchanda avec beaucoup de sang-froid. De là il se rendit chez sa belle-mère, où il eut la précaution d'ôter ses sabots pour faire moins de bruit, et demanda sa femme; sur la réponse qu'elle n'y était pas, il sortit son revolver, disant : Voilà pour vous, en attendant les autres, — et tira un coup à bout portant. Une femme présente à cette scène s'enfuit en criant à l'assassin. T... la poursuivit et tira sur elle, mais sans l'atteindre. Il se dirigea rapidement vers la maison de son beau-frère,

entra, le revolver à la main, en criant : Vous êtes tous morts ; tira sur sa femme qu'il atteignit au sein gauche, tira sur sa belle-sœur qu'il atteignit au bras, et dirigea son arme sur son beau-frère, mais il fut désarmé par ce dernier. D'après les dépositions, il aurait dit alors: « J'ai mérité l'échafaud», et aux observations qui lui étaient faites, il aurait ajouté : « J'ai aussi tué ma belle-mère, j'ai tout tué. »

Après cette scène, T... aurait tout à coup changé d'attitude, et se serait mis à prononcer des paroles incohérentes, disant : « Il faut faire rentrer cet âne. Cet âne n'est pas à moi, il est dehors. » Lorsqu'il fut arrêté par la police, il parla de nouveau de l'âne; puis au bureau de police, après s'être plaint en route qu'on le serrait trop fort, il se mit à dire : « Que me veut cette foule, je n'ai pas commis de crime. » Lorsqu'on voulut le fouiller, il repoussa l'agent prétendant que c'était un voleur, puis se mit à parler de bal, ajoutant qu'on avait voulu l'assassiner, mais qu'il s'était défendu, mêlant à ses divagations le chant d'une romance; enfin il se coucha dans un coin du bureau de police mâchonnant un bout de cigare, et il s'endormit ou fit semblant de dormir.

Lorsque, pour subir un premier interrogatoire, T... fut tiré de ce sommeil réel ou simulé, son attitude s'était de nouveau modifiée; il se comporta comme un homme ignorant son crime et tout ce qui s'était passé jusqu'à ce moment, manifestant son étonnement d'être conduit en prison, d'être suivi par la foule, se plaignant qu'on l'accusât d'assassinat pour le séparer d'avec sa femme. A la prison, comme il faisait des efforts pour vomir, les deux médecins chargés de l'examiner provoquèrent un vomissement et distinguèrent dans les matières rendues un bout de cigare et des aliments sans odeur alcoolique. On constata qu'il n'était pas ivre.

Dans tous les interrogatoires qu'il subit, il continua d'affirmer l'oubli complet de tout ce qu'il avait fait

depuis le moment où il avait payé ses ouvriers, vers trois heures et demie de l'après-midi, jusqu'au moment où il s'était réveillé au bureau de police; toutefois après sa confrontation avec sa femme, il finit par admettre la possibilité du fait, puisque tout le monde l'affirmait, mais il maintenait qu'il ne savait pas comment cela était arrivé, et même plus tard il donna des marques de désespoir.

Cette perte de mémoire était-elle vraie ou simulée? tel était un des points délicats de l'examen médico-légal de l'accusé. On a déjà vu que T... était un héréditaire. Son grand-père paternel était un faible d'esprit dont se moquaient les gamins, son père était alcoolique, un frère et une sœur sont sourds, il a une fille idiote. T... avait lui-même fait des excès de boisson, non qu'il se grisât complètement, mais par de fréquentes visites au cabaret il se tenait constamment dans un état de demi-surexcitation. Aussi se montrait-il toujours très irritable, tant dans son ménage qu'au dehors, et parfois même violent. Il battait sa femme, mais après les scènes de brutalité il avait des regrets, lui demandait pardon.

Une circonstance a été relevée dans l'instruction : à une époque antérieure, il aurait brusquement perdu connaissance chez un perruquier qui le rasait, et l'on pouvait se demander si T... n'était pas épileptique. Une enquête fut provoquée sur ce point et les experts purent se convaincre que cette perte de connaissance n'avait pas été une grande attaque d'épilepsie ; pas de cri initial, immobilité absolue, pas de morsure de la langue; lorsque T... se releva, son pantalon était mouillé, mais sa vessie n'était pas vidée complètement, car il sentit le besoin d'uriner et sortit pour satisfaire ce besoin. Rien n'a pu être précisé sur la coloration de la face. La perte de connaissance paraît avoir été provoquée par le passage du rasoir sur une cicatrice douloureuse et ne fut pas suivie de stupeur consécutive.

Jamais dans d'autres circonstances, et notamment la nuit, T... n'aurait eu d'émission involontaire d'urine.

L'examen direct de l'accusé ne révéla rien de plus aux experts, si ce n'est une disposition à se défendre de l'accusation par la négation et le mensonge. L'accusé manifestait des regrets; parfois il se livra à des scènes de désespoir réel ou simulé, mais il maintint toujours qu'il ne se souvenait pas, pleurant et répondant par : « Je ne sais pas, je ne me rappelle pas, » à l'objection qu'il avait, quand il fut désarmé, dit avoir tué sa belle-mère et mérité l'échafaud. On chercha à deux reprises différentes à provoquer une perte de connaissance par l'irritation de la cicatrice douloureuse qu'il portait à la joue, mais sans aucun résultat.

La discussion des faits conduit les experts à examiner si les actes de l'accusé portent le cachet d'une folie passagère, et à rechercher si l'amnésie d'où l'on aurait pu déduire une absence de conscience était réelle ou simulée. D'après les dépositions, T... n'était pas en état d'ivresse au moment du crime. Il n'avait pas perdu toute raison, et les boissons qu'il avait consommées ont pu accroître son irritabilité, mais non lui enlever toute conscience de ses actes, ni amener l'oubli du crime. L'épilepsie n'est pas prouvée, et la circonstance de l'achat du revolver ne s'accorde pas avec une impulsion irrésistible. On observe en outre qu'il a choisi ses victimes, et qu'au moment où il a été désarmé, il paraissait avoir conscience de ses actes, puisqu'il déclarait avoir tué sa belle-mère et avoir mérité l'échafaud; quelques instants après commence seulement la scène des extravagances. Les experts croient à la simulation, s'appuyant sur ce que le délire n'a pas eu l'expansion, du délire maniaque, et sur la persistance de certaines divagations à toutes les questions adressées par le commissaire, quand il n'en avait pas été de même aux questions adressées par les agents. L'accusé prétend avoir

perdu le souvenir de ses actes un certain temps avant le crime ; or, dans cette période, il a tenu avec diverses personnes des propos très sensés, et cette période ne répond pas à un accès de folie passagère, sous l'influence de laquelle il aurait tué sans en avoir conscience. Dans la simulation de manie transitoire, l'accusé ne sait pas à quel moment précis il doit faire cesser son souvenir, et tel serait le cas dans l'affaire présente.

Mais si T... n'est pas un aliéné, n'était-il pas sous une influence physique ou morale qui aurait diminué sa responsabilité ? Les experts l'ont pensé et ont ainsi exprimé leur opinion : « T... ne paraît pas un homme vindicatif ni » méchant en dehors de ses moments de colère. Dans » toute l'instruction, nous ne retrouvons de lui aucun acte » de vengeance. Il est violent, irascible, mais il se re- » pent..... T... regrette actuellement ce qui est arrivé. T..., » nous dit le gardien de la prison, se désole, parle de sa » femme pendant la nuit, nous l'avons vu nous-même » pleurer beaucoup.

» Non, T... n'est pas un criminel endurci, c'est un » homme qui a une irascibilité excessive, extraordinaire.

» Fils d'alcoolique, alcoolique lui-même par hérédité, » père d'une petite fille idiote, frère d'une sœur et d'un » frère sourds, il ne peut pas être responsable au même » degré que l'homme issu de parents sains, exempts de » grandes tares et de grands vices. »

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« Nous croyons qu'il est à peu près certain, autant que » le permet l'état actuel de la science, laquelle laisse » encore à désirer sous ce rapport, que T... a simulé une » folie passagère et l'amnésie, c'est-à-dire l'oubli total, ou » pour mieux dire, l'absence de conscience des actes cri- » minels qu'il a commis et de quelques faits antérieurs et » postérieurs, que par conséquent il est responsable de » ses actes.

» Nous croyons toutefois que, vu ses antécédents héré-
» ditaires, un grand-père qui paraît faible d'esprit, un père
» alcoolique; vu qu'il est lui-même alcoolique à un cer-
» tain degré, ces antécédents créent chez T..., pendant
» toute la période de sa vie que nous connaissons, une
» irascibilité extraordinaire se manifestant par des accès
» de colère, pendant lesquels la résistance de la volonté
» aux passions est beaucoup moins énergique que chez
» l'individu qui n'a pas de tels antécédents, et que par
» conséquent sa responsabilité est diminuée. »

Un court appendice au rapport a fait connaître que T..., à la cour d'assises, donna lecture d'un mémoire emphatique, injurieux pour sa femme, et présentant d'ailleurs diverses contradictions. Au milieu de la lecture de ce mémoire, paraissant gagné par l'émotion, il éclata en sanglots et dut prier son défenseur d'achever la lecture. Pendant la délibération du jury, au contraire, il se montra plein de cynisme, disant aux gendarmes qu'il était un habile chirurgien, puisque, avec son revolver, il avait arraché les dents de sa belle-mère, fait une saignée à sa belle-sœur, et accouché sa femme comme avec des fers. Déclaré coupable avec circonstances atténuantes, il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Le changement d'attitude de l'accusé pendant la délibération du jury, alors que toute simulation devenait inutile, donne à penser que les experts avaient nettement apprécié l'état mental en n'admettant pas la folie et en ne concluant pas à l'irresponsabilité. La tache originelle subsistait, et l'on pouvait soutenir que T... n'était pas responsable au même degré qu'un individu n'appartenant pas à la grande classe des dégénérés. Le jury a admis l'atténuation ; et il nous semble que l'humanité ne demandait pas d'aller au delà. On ne saurait avoir de regrets, et il nous paraît difficile de penser que T.. eût trouvé sa place parmi les malades d'un asile d'aliénés.

Dans une longue étude médico-légale sur l'état mental de Victor D..., inculpé d'escroqueries et de vagabondage, M. Marandon de Montyel donne l'histoire très détaillée d'un malheureux jeune homme qui rentrait dans la catégorie, si bien décrite par Falret, *des héréditaires*, et qui fut soumis à l'asile d'Auch à l'observation de M. Maret. Sans jamais avoir présenté de signes assez manifestes d'aliénation mentale pour être séquestré dans un asile, abusant sans cesse de la faiblesse de sa mère, l'existence de D... n'avait été qu'une vie de désordres; complètement dépourvu de sens moral, il présentait au plus haut degré cet état mixte où une longue et minutieuse étude peut seule déterminer si l'accusé a atteint la limite de l'irresponsabilité. Cet état est aujourd'hui trop bien décrit pour qu'il y ait lieu de reproduire la discussion des faits telle que nous la trouvons dans le travail de M. Marandon de Montyel, et nous devons nous borner à énoncer les traits principaux.

D'après les renseignements, la généalogie héréditaire de D... serait la suivante :

1° Père ivrogne, à vie décousue, ayant abandonné sa femme pour vivre à Paris dans l'abjection, mort d'un accident;

2° Grand'mère notoirement aliénée;

3° Sœur du père adonnée à l'ivrognerie;

4° Tante du côté maternel aliénée; elle s'est suicidée.

A l'âge de neuf ans, D... vola pour la première fois sa mère. Celle-ci, après avoir infligé une punition à son fils, lui fit visiter la colonie d'Oswald pour déterminer chez lui une impression salutaire. Deux ans et demi après, D... retomba dans les mêmes écarts; à quatorze ans, le jeune homme, boursier à Dieppe, où il se préparait à la marine, était venu passer les vacances de Pâques à Paris près de sa mère, employée dans une administration de chemins de fer; abusant de la confiance qu'on avait en lui, il dé-

livra aux voyageurs une série de billets autre que celle en cours de circulation et escroqua ain i quinze francs. Lorsque la fraude fut découverte, sa mère lui ayant écrit une lettre de reproches et de menaces, il s'évada du lycée.

Ramené par son correspondant, il fut chassé par le proviseur et revint à Paris. Il vola de nouveau sa mère, employant l'argent dérobé à visiter Paris et à faire des excursions aux environs. Admis comme boursier dans un autre lycée, il refusa d'obéir à ses maîtres et fut pour la seconde fois mis à la porte. Il revint encore auprès de sa mère. Il lui vola alors quatre cents francs, et partit pour l'Angleterre où il resta sept jours. Il avait quinze ans. Son existence devient une vie d'aventures; à Gray, il est placé comme commis chez un marchand de vins, s'enivre et se fait chasser; il entre chez un notaire, détourne une somme d'argent et va la dépenser dans un mauvais lieu; n'osant pas rentrer à son étude, il s'enfuit à Besançon et de là passe en Suisse où il se procure de l'argent en vendant sa montre. Il rentre en France, gagne Lyon, et faute de ressources se fait garçon d'hôtel, mais au bout de quelques jours il se fait renvoyer. Il revient auprès de sa mère, et après avoir subi un examen, il entre dans l'administration des télégraphes. Il détourne l'argent des dépêches et s'enfuit de nouveau en Suisse. L'idée lui vient alors de s'embarquer au Havre, et n'ayant pour toutes ressources que cinq francs, il se met en route avec un ancien militaire, gagne à pied Dijon, mendie le long du chemin, ou vit d'escroqueries, et après diverses péripéties arrive enfin au Havre où il se fait mousse. Il vole son capitaine, fréquente les maisons de prostitution et s'enfuit à Dieppe; de là il gagne Boulogne, puis rentre chez sa mère. Mais il reprend bien vite sa vie aventureuse; se faisant commis voyageur, mais ne payant pas ses dépenses d'hôtel, il passe dans le Luxembourg et en Belgique, commet diverses escroqueries et rentre en France où il se fait enfin arrêter. Sa mère le

réclame et le place à Mettray; il en sort après deux mois et subit sa première condamnation pour vol. A peine hors de prison, il vole de nouveau sa mère, et repart pour la Suisse; puis l'envie le prend de faire un voyage dans le Midi et il se fait arrêter à Auch pour escroqueries. Il avait alors dix-neuf ans. Sa mère ayant alors produit des certificats médicaux qui représentaient D... comme un aliéné irresponsable, il fut envoyé d'office, à l'asile des aliénés, pour y être l'objet d'une expertise médico-légale. Son attitude à l'asile fut d'abord des plus correctes. Ses manières étaient distinguées ; il s'exprimait avec facilité, parlait de ses voyages, rougissant de l'idée qu'il pourrait subir une nouvelle condamnation, montrant des sentiments propres à lui attirer la sympathie, mais fort peu en rapport avec son existence antérieure. Il espérait d'ailleurs que sa mère, après avoir indemnisé ceux auxquels il avait fait tort, les amènerait à retirer leurs plaintes, et qu'elle obtiendrait par ses relations avec divers magistrats, d'arranger l'affaire. Au bout de peu de temps cependant, on s'aperçut que la réalité était loin de répondre aux apparences, et que l'on ne pouvait donner à D... aucun témoignage de confiance sans qu'il s'empressât d'en abuser.

Une observation prolongée ne put révéler aucun délire. Des douleurs otalgiques, coïncidant avec les escapades, avaient bien été signalées par la mère; mais on ne constata qu'une otorrhée légère, paraissant due à l'hypersécrétion des glandes cérumineuses et n'ayant porté aucune atteinte au sens de l'ouïe. L'examen direct n'ayant rien dénoté de particulier, si ce n'est la tendance à abuser de toutes les marques de confiance, il restait à rechercher si de l'enchaînement des circonstances on pouvait déduire que D... eût obéi, sous l'influence de ses antécédents héréditaires, à des impulsions irrésistibles dont il serait complètement irresponsable. M. Marandon de Montyel ne le pense pas, croit que l'éducation mal dirigée a contribué au développement

des instincts vicieux, et que l'impunité, par suite de la faiblesse de la mère, a permis au jeune homme de s'engager dans une mauvaise voie et de devenir un fléau de famille. Cette opinion se trouve ainsi résumée:

« Victor D... n'est pas un aliéné, c'est un héréditaire qui » non seulement s'est trouvé livré à lui-même, mais dont » la mère, sans le savoir, est devenue la complice par sa » tendresse et sa faiblesse. D'un côté, le principe vésanique » de sa famille a développé chez lui des penchants mau- » vais, un grand amour du désordre, et a affaibli son énergie » morale; de l'autre, une éducation vicieuse, loin d'étouffer » ces mauvais germes chez l'adolescent et l'enfant, a facilité » leur éclosion et leur épanouissement. En présence d'un » tel état de choses, nous ne pouvons que nous associer » pleinement aux deux conclusions suivantes formulées à » l'audience par M. le Dr Maret :

» 1° Victor D... n'est pas aliéné et ne l'était pas au » moment de la perpétration des délits d'escroquerie et » de vagabondage qui ont motivé son arrestation;

» 2° L'âge de l'inculpé, les cas d'aliénation mentale si- » gnalés dans sa famille et la faiblesse de sa mère à son » égard méritent d'être pris en très sérieuse considération » dans l'appréciation des faits qui lui sont reprochés. »

Le tribunal, admettant l'atténuation, ne prononça malgré la récidive qu'une condamnation à six mois d'emprisonnement. Il est regrettable que l'observation s'arrête là. De tels individus, comme l'a dit M. Falret, côtoient constamment la police correctionnelle et la cour d'assises, ou bien l'asile d'aliénés. Le jeune homme qui a fait l'objet du travail de M. Marandon de Montyel, comparaissait pour la seconde fois devant la police correctionnelle. On peut difficilement admettre, qu'après les incidents déjà variés de son existence, six mois d'emprisonnement aient pu complètement changer sa nature. Est-il resté dans cette limite où l'on constate plus de perversité

que de folie, ou bien le principe morbide inhérent en lui s'est-il assez développé pour le faire jouir du bénéfice de l'irresponsabilité absolue? C'est ce qu'il serait intéressant de savoir.

Quoique datant de plusieurs années, le rapport sur le nommé K..., frère L..., par MM. Bulard et Lafargue et l'examen du nommé B... par M. Chasseloup de Chatillon, offrent assez d'actualité pour figurer dans cette revue. Ces deux rapports ont trait à des attentats à la pudeur. Dans les deux cas, l'accusé, était par l'âge et les infirmités, affaibli physiquement et moralement. L'atténuation de la responsabilité résultait aux yeux des experts non d'un état congénital, mais d'une débilité intellectuelle acquise, sans que le prévenu eût par des excès contribué au trouble de ses facultés. Si en présence de certaines déviations du sens moral, il est difficile de dire où commence l'imbécillité, la même difficulté peut se présenter pour la démence.

K..., en religion frère L..., était accusé d'avoir commis des attentats à la pudeur, sans violences, sur onze enfants, dont neuf garçons et deux filles, tous âgés de moins de treize ans La déposition la plus grave fut celle d'un jeune garçon, qui déclara que le frère lui avait bandé les yeux, l'avait déculotté, et l'avait tripoté. Les autres dépositions n'indiquaient pas que les attouchements eussent été assez prolongés pour procurer à l'enfant une sensation voluptueuse quelconque. En dehors des attouchements obscènes, l'accusation reprochait au frère d'avoir déculotté un petit garçon, relevé les jupons des petites filles et de les avoir fouettés avec les cordons de ses souliers attachés à un bâton.

K... était âgé de cinquante-neuf ans ; il était à la retraite depuis douze ans, et son service se bornait à surveiller de temps à autre les enfants. Il portait à la jambe gauche un cautère, et au bras du même côté un vésicatoire; il était

affecté d'une double hernie inguinale, souffrait d'une affection de la vessie qui rendait difficile l'émission de l'urine et causait fréquemment de l'insomnie. Il avait souffert longtemps d'une éruption cutanée, probablement dartreuse, et attribuait ses infirmités au séjour qu'il aurait fait dans les pays chauds.

De l'examen des organes génitaux et de l'anus par les experts, il n'est rien résulté de particulier qui indiquât des habitudes de pédérastie active ou passive, ou qui pût infirmer son affirmation que jamais il ne s'était livré à la masturbation et qu'il n'avait eu de rapports avec des femmes. Aucune déposition d'ailleurs ne portait qu'il eût mis à nu devant les enfants ses organes génitaux, ou qu'il se fût fait toucher. Dans aucun cas, l'accusé ne nia les faits qu'on lui reprochait et il donna toujours la même explication de sa conduite.

« K. ., disent les experts, ne nie rien : seulement ainsi » qu'il le fera pendant tout le temps de l'examen, chaque fois » que nous l'interrogerons, et de quelque façon que nous le » poussions pour le faire se couper, se trahir ou se contre- » dire, il donnera aux faits qui lui sont reprochés une in- » terprétation identique. S'il a touché les enfants qui l'ac- » cusent, c'était uniquement pour voir s'il ne s'étaient pas » blessés dans les attouchements auxquels ils se livraient » ensemble, ou bien s'ils n'avaient pas été blessés par les » *tripotements* auxquels d'autres les soumettaient parfois » avec violence. S'il les a fouettés, c'était pour les punir » des cochonneries qu'ils faisaient ensemble.

« Jamais il ne les a touchés soit pour leur procurer une » jouissance, soit pour s'en procurer une à lui-même. Et » il nous a réitéré ses affirmations énergiques : il ne s'est » jamais touché lui-même pour se procurer une jouissance » quelconque. Du reste, il n'en a que rarement senti » l'envie, il n'avait pas de désirs charnels ; il ne se rap- » pelle même pas avoir eu plus d'une fois ou deux des pol-

» lutions nocturnes, et encore ce souvenir paraît-il bien
» vague dans sa mémoire.

» Avant d'être frère reposant au noviciat, et pendant
» tout le temps qu'il a été en exercice, il ne s'était jamais
» douté ni aperçu que les jeunes enfants confiés à ses soins
» éducateurs se livrassent entre eux à des actes immoraux,
» comme il a pu en être témoin depuis qu'il est à la retraite
» et que par sa vie en plein air, il a pu observer, épier les
» enfants à la sortie de l'école. Il a été révolté alors des
» instincts corrompus de bon nombre d'enfants bien jeunes
» encore parfois, garçons ou filles, et c'est cette indigna-
» tion qui l'a poussé aux procédés de correction que l'on
» érige en attentats à la pudeur. Il a pu se tromper, mais
» il n'avait que de bonnes intentions : corriger les enfants
» de leurs funestes habitudes. C'est pour cela qu'il les
» fouettait s'ils ne s'étaient pas blessés ou estropiés en
» faisant leurs saletés. C'est pour cela qu'il en a touché
» quelques-uns par devant, toujours très légèrement et
» pendant très peu de temps. »

Les experts ne constatèrent aucun délire mais un jugement faux, et ils eurent beaucoup de peine à faire comprendre à K .. qu'en admettant son système pour expliquer et justifier les actes qu'on lui reprochait, on ne pouvait s'empêcher de constater qu'il avait agi contre les règles de la logique la plus élémentaire, qu'il n'avait nullement la mission de corriger les enfants, et que son devoir était de signaler les faits au supérieur. C'est alors seulement qu'il parut se faire une idée de la gravité de sa situation, non seulement au point de vue de la peine qui pouvait lui être appliquée, mais aussi au point de vue du scandale qui devait en résulter pour sa congrégation.

Nous n'avons pas à revenir sur les dépositions établissant les attentats à la pudeur, mais la déclaration du supérieur, dont une partie est reproduite textuellement dans le rapport, offre un intérêt tout particulier en faisant connaître

les allures et l'absence de jugement de l'accusé pendant les douze années qui avaient précédé les attentats. S'il n'était pas considéré comme un véritable aliéné, il s'était montré toujours *maniaque*, insoumis, adressant des injures à ses supérieurs lorsqu'ils lui faisaient des observations, et l'on excusait ses incartades parce qu'on ne jugeait pas qu'il eût son bon sens. Une grande patience était nécessaire pour supporter son esprit de contradiction ; il ne suivait même plus rigoureusement la règle de sa congrégation. Un détail, entre autres, permit de juger de la bizarrerie de son imagination. Il avait préparé sa pierre sépulcrale, l'avait taillée, sculptée et peinte. Il avait fait également sa croix en bois, peinte avec des ornements inusités, et ensuite il en avait encore tourné une seconde.

La discussion des faits confirme l'absence de jugement du prévenu, et les experts s'expriment ainsi : « Nous som-
» mes tout de suite tombés d'accord pour convenir que
» K..., en religion frère L...,n'était pas à proprement par-
» ler un aliéné. Il ne serait pas possible de le faire rentrer
» dans aucune des grandes divisions mentales : manie,
» lypémanie, démence, paralysie générale. Ce n'est pas
» davantage un maniaque érotique ou satyriasique. Ce n'est
» pas non plus un imbécile, un idiot ou un épileptique.
» Mais si le prévenu ne peut être à proprement parler
» considéré comme un aliéné, et par conséquent irrespon-
» sable de ses actes, il faut bien admettre cependant que
» c'est un homme bizarre, étrange d'aspect et d'allures,
» même à première vue. M. le procureur de la République,
» lui-même, en avait été frappé. Il n'est guère contestable
» non plus que le frère L... a le jugement faux et le sens
» moral abaissé. Il ne fait rien comme tout le monde, et il
» est bien difficile de vivre avec lui en communauté si on
» ne lui fait pas toutes les concessions possibles, et si on
» ne relâche pas pour lui les rigueurs du règlement. »

Quant à l'appréciation même des faits, on remarque que

jamais la moralité du prévenu n'avait été mise en doute avant les faits récents ayant motivé les poursuites ; jamais il n'a découvert ses parties sexuelles, n'a pratiqué sur lui d'attouchement en présence des enfants, ni ne s'est fait toucher par eux. Les enfants qui ont été touchés et fouettés s'étaient tous livrés entre eux à des actes d'immoralité, et aucun des autres enfants avec lesquels K... a été en rapport, mais qu'il n'a pas surpris faisant des saletés, n'a articulé de faits d'immoralité. Les dépositions pourraient donc concorder avec l'affirmation du prévenu qu'il ne touchait les enfants que pour s'assurer qu'ils ne s'étaient pas blessés, ou leur faire constater que c'était *bien de telle façon* que les autres les avaient touchés.

Les conclusions sont les suivantes :

« 1o Les maladies physiques dont est atteint le nommé
» K..., en religion frère L..., ne paraissent pas avoir réagi
» d'une façon sensible sur les facultés mentales.

» 2o On ne peut pas dire que K..., en religion frère L...,
» soit aliéné ni irresponsable de ses actes, mais son carac-
» tère bizarre, son jugement faux, l'abaissement de son
» sens moral, atténuent dans une certaine mesure sa res-
» ponsabilité. »

Un court appendice au rapport fait connaître l'issue de l'affaire, dont les débats eurent lieu à huis clos. Après l'audition des témoins et les déclarations plus affirmatives des experts, le ministère public abandonna l'accusation et le prévenu fut acquitté.

L'examen de M. B... confié à M. Chasseloup de Chatillon constituait une mission délicate. Deux expertises médico-légales avaient été déjà faites par des médecins non spécialistes et les conclusions des experts étaient contradictoires. Le premier rapport concluait à l'irresponsabilité, le second à la responsabilité. Moins absolu dans l'un ou l'autre sens,

M. Chasseloup de Chatillon se prononça pour la responsabilité atténuée.

L'accusé était un homme de cinquante-deux ans, qui avait été contraint, à la suite d'une affection cérébrale mal déterminée, d'abandonner son commerce et qui s'était retiré à la campagne aux environs de Thouars. Le jour de Pâques, il était venu à la ville avec sa femme pour assister aux offices religieux. Après le déjeuner, il fut convenu qu'il retournerait seul à sa campagne, et que sa femme viendrait le rejoindre Sur sa route, il rencontra deux petites filles qui cueillaient des fleurs sauvages, et il les entraîna avec lui par la promesse qu'il leur donnerait de plus jolies fleurs; rentré chez lui, il leur fit boire du vin et de la liqueur, prit sur ses genoux la plus jeune et pratiqua sur elle des attouchements; puis il la fit sortir, s'empara de la plus âgée et l'étendit sur une table pour assouvir ses désirs. Il renvoya ensuite les enfants, en leur recommandant de ne rien dire, et se mit à l'ouvrage. Quand sa femme rentra chez elle, elle le trouva donnant à manger aux bestiaux. Le soir il dîna fort gaiement en famille. Il fut arrêté quelques jours après, et transféré à la maison d'arrêt de Bressuire, où il subit un premier examen médical.

Le médecin désigné, qui connaissait de longue date l'accusé, fit valoir que B .. avait eu, à diverses reprises, des accidents cérébraux, et qu'il avait été notamment atteint de paralysie incomplète; que depuis, sa santé ne s'était jamais bien rétablie, que son sommeil était souvent inégal, troublé, avec des réveils en sursaut ; qu'après une mauvaise nuit son intelligence restait confuse et sa démarche mal assurée ; enfin qu'à certains jours, il était pris de tristesse avec douleur et tension vers le front, ne se sentant plus propre à rien, et comme s'il n'avait plus conscience de lui-même. De toutes ces considérations, ce premier expert crut devoir conclure à l'irresponsabilité absolue, et expliqua de la manière suivante le fait incriminé :

« Interrogé sur l'attentat qui lui est imputé et qu'il
» avoue, il ne sait ce qui l'a poussé à le commettre, et
» déclare que jamais il n'avait éprouvé avec des enfants
» pareille impulsion animale.

» Ce jour-là, il s'est senti entraîné irrésistiblement,
» n'était plus maître de lui, avait perdu la conscience,
» puis, lorsque la raison lui est revenue avec la présence
» d'esprit (il y a des névropathes qui ne perdent qu'ins-
» tanément la raison), il a eu, dit-il, une horreur profonde
» de lui-même, a reconnu toute la turpitude de son action,
» toute sa culpabilité et s'est empressé d'abandonner les
» deux jeunes filles. »

On doit ajouter, qu'après son arrestation B... fit, sans aucun résultat, une tentative de suicide.

A l'appui de ce premier rapport, était jointe la copie d'une lettre du médecin qui, ayant examiné les enfants, n'avait reconnu aucune trace de violence. Ce document est fort intéressant au point de vue des antécédents. Il constate l'honorabilité de la famille. Jamais B... n'avait donné prise au moindre soupçon sur sa moralité, mais on se rappelait l'avoir rencontré se traînant péniblement dans les rues et se faisant remarquer par son air hébété et par l'embarras de sa parole. Sa position s'était améliorée, mais il ne paraissait pas étonnant qu'il eût été porté à des actes que son intelligence affaiblie n'eût pas été capable de réprimer.

Transféré à l'hôpital de Niort, B... fut pendant deux mois soumis à l'observation de deux médecins de la ville. Pendant ce séjour à l'hôpital, ses actes furent réguliers; il était calme, doux, impressionnable, pleurant facilement, se plaignant de céphalalgie; sa parole était lente, ses mouvements embarrassés, sa mémoire souvent infidèle. Mais il se rendait compte de ce qui lui était arrivé, il répondait aux questions qu'on lui adressait. On ne put constater aucun délire, ni aucun vertige pendant lequel il aurait momenta-

nément perdu la raison. Les nouveaux experts croyant reconnaître dans le fait même de l'attentat un certain raisonnement, puisque B... avait attiré chez lui les enfants, avait eu la précaution de les faire boire, puis de leur recommander de ne rien dire, émirent l'opinion qu'il avait agi en connaissance de cause. Ils furent d'avis qu'il n'avait pas eu d'impulsion subite et irrésistible puisqu'il n'avait pas été poussé par la vue des enfants à commettre l'attentat, et ils attribuèrent au remords seul la tentative de suicide. Si B... n'avait pas eu conscience de ses actes, dirent-ils, il n'aurait pas cherché à se soustraire à la honte par la mort. S'il a cédé à ses instincts érotiques, c'est qu'il a été dominé par la passion et non par la folie. Leurs conclusions sont les suivantes :

« 1° Si l'on en excepte la mémoire qui n'est peut-être » pas parfaite, B... jouit actuellement de toutes ses facultés » intellectuelles;

» 2° A l'époque du 16 mars dernier, il se trouvait dans » un état assez lucide pour discerner le bien du mal du » double attentat commis par lui;

» 3° Cet attentat a été le résultat de la passion et nullement celui d'une maladie cérébrale antérieurement con» tractée. »

En présence des divergences d'opinion exprimées dans les deux rapports, une troisième expertise fut confiée à M. Chasseloup de Chatillon. Les dépositions établissaient que B..., après les accidents cérébraux éprouvés, n'était plus l'homme actif et intelligent d'autrefois, qu'il avait dû renoncer à son industrie pour se retirer à la campagne, qu'il s'y livrait à des travaux peu fatigants, et que sa femme avait si peu de confiance dans la solidité de son jugement, ou la fidélité de sa mémoire, qu'elle s'interposait dans les plus simples opérations d'affaires qu'il avait à traiter. En examinant le prévenu, M. Chasseloup de Chatillon trouvait dans son air de demi-hébétude, dans sa parole lente,

dans sa mémoire infidèle, dans sa démarche mal assurée, et surtout dans cet excès de sensibilité qui le porte à pleurer plusieurs fois dans un court entretien, la confirmation de l'état maladif accusé par les témoins. Or, lorsqu'une lésion de cerveau existe, on ne saurait affirmer l'intégrité absolue des facultés intellectuelles. Il n'était pas d'ailleurs démontré qu'il eût combiné l'acte incriminé, ni qu'il l'eût conçu dès le moment où il avait rencontré les petites filles.

« En effet, dit M. Chasseloup de Chatillon, cet homme » affaibli dans toutes ses facultés par la maladie, a bien pu » ne pas concevoir immédiatement une passion qui se » serait produite seulement par l'effet de la présence pro- » longée de petites filles, dont la possession lui devenait » d'ailleurs facile, par suite de la profonde solitude dans » laquelle il se trouvait avec elles. »

L'opinion de l'expert est ainsi résumée :

» B... ne manquait (pas plus qu'aujourd'hui), le trente » mars dernier, ni de discernement, ni de sens moral; mais » j'estime que la spontanéité de l'homme complet lui a » fait défaut non seulement dans l'acte incriminé, mais » aussi dans la tentative de suicide qu'il a effectuée dans le » cabinet de M. le juge d'instruction de Bressuire. La vo- » lonté a été faible chez B... dans la lutte qu'il a eu à sou- » tenir entre le devoir et la passion, elle a été faible encore » dans son désespoir, non pas exclusivement par l'effet » d'une débauche morale procédant de la volonté, mais » parce que son cerveau, instrument de la volonté, était » lui-même affaibli par la maladie organique dont il était, » dont il est encore, et dont il sera toujours atteint.

» Enfin pour conclusion dernière je réponds à l'interpel- » lation de MM. les juges en disant :

» Oui, B.., avait la connaissance du bien et du mal au mo- » ment de la perpétration de l'acte dont il s'est rendu » coupable.

» Oui, B. jouissait à ce moment de son libre arbitre;

» mais, ajouterai-je, il n'en jouissait pas au même degré
» qu'un homme en pleine possession de ses facultés men-
» tales. Donc l'inculpé n'est pas entièrement responsable
» de ses actes. »

Une courte note fait connaître que B... fut renvoyé de la plainte et que, depuis, il a l'existence d'un valétudinaire dont l'intelligence restait affaiblie.

Si nous résumons brièvement les faits analysés dans cette Revue, nous voyons que l'atténuation de la responsabilité est invoquée dans certains cas où le prévenu ne présente pas de symptômes d'aliénation mentale assez bien caractérisés pour permettre de conclure à l'irresponsabilité absolue, et à la séquestration dans un asile d'aliénés. Cette atténuation de la responsabilité est motivée soit par un état congénital, que l'on peut rapprocher de l'imbécillité, soit par un état acquis, que l'on peut rapprocher de la démence. Dans les deux cas on constate plutôt la déviation que l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Les effets de l'atténuation de la responsabilité varient suivant les circonstances. Dans l'affaire Menesclou, quoique les experts eussent déclaré que l'intelligence du prévenu était limitée, le jury a rendu un verdict sans atténuation; le plus souvent la peine est abaissée, et il n'est pas rare de voir l'accusation abandonnée lorsque l'acte incriminé ne parait pas avoir été commis par un individu sain d'esprit, et ayant agi avec la pleine conscience de ses actions.

Nous avons encore, entre les mains, d'autres faits présentant plus ou moins d'analogie avec ceux que nous venons d'analyser. Ils feront l'objet d'une prochaine Revue. Mais nous pouvons dès aujourd'hui faire remarquer qu'au moment même où une importante discussion sur la res-

ponsabilité a été soulevée à la Société médico-psychologique et où la théorie de la responsabilité limitée a été vivement contestée, nous voyons surgir, des côtés les plus différents, dans la pratique de la médecine légale, des cas où les experts sont forcément amenés à conclure que la responsabilité des sujets examinés par eux est plus ou moins atténuée et où cette conclusion est presque toujours adoptée par les magistrats.

Les faits n'ont-ils pas, ici, plus de valeur que les raisonnements?

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1880.

Présidence de M. Legrand du Saulle

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Armaingaud, de Bordeaux, remerciant la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a conféré dans la dernière séance.

2° Une lettre de M. le Préfet de la Seine annonçant à la Société qu'elle peut faire toucher à la caisse municipale la somme de mille francs votée par le conseil municipal de Paris pour la statue de Pinel.

Renvoyé à M. Voisin, trésorier de la Société, chargé de centraliser les fonds de la souscription.

La correspondance imprimée comprend :

Le n° du 1er décembre 1880 du journal du Dr Pujadas, *La Razon de la sin razon*.

M. le Président présente, au nom de M. le Dr de Krafft-Ebing, deux brochures extraites du journal allemand de psychiatrie (*Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*) et contenant un résumé de tous les travaux relatifs à la médecine légale des aliénés, parus tant en Allemagne qu'à l'étranger. Ces résumés ou analyses critiques, M. de Krafft-Ebing les publie chaque année et il y fait une large place aux travaux français.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société que M. le Ministre de la guerre n'a pas pu, à son grand regret, mettre à la disposition de la Société une quantité aussi considérable de bronze que celle qui lui avait été demandée. Toutefois, afin de montrer à la Société tout l'intérêt qu'il

porte au projet d'élever une statue à Ph. Pinel, il envoie à la souscription une somme de cent francs.

Rapport de candidature.

M. Paul Moreau (de Tours). — Messieurs, à la suite d'une demande du titre de membre correspondant, adressée par M. Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, chargé du cours clinique des maladies mentales, vous avez confié à une commission composée de MM. Ball, Luys et P. Moreau de Tours, le soin de vous adresser un rapport sur la candidature de notre très honoré confrère. Les titres que M. Lagardelle envoie à l'appui de sa demande sont nombreux, d'une valeur indiscutable, et justifieront le vote favorable que réclame votre commission.

Parmi les ouvrages qu'a fait remettre notre confrère, dans l'impossibilité où nous sommes de les analyser tous, nous signalerons surtout à votre attention les travaux ayant pour titre : *Des paroxysmes en aliénation mentale*, — *Diagnostic de la manie grave*, — *Traitement de la paralysie générale progressive*.

Sans vouloir abuser des instants de la Société, nous vous demanderons la permission de vous en présenter un rapide résumé.

Tout le monde sait que la folie est sujette à des paroxysmes dont la conséquence est considérable en médecine légale, non seulement à cause de leur fréquence, chez les aliénés criminels, mais parce qu'ils peuvent être simulés ou allégués.

Cette question, entrevue par les auteurs, a été en dernier lieu traitée par M. Blanche qui, dans un remarquable travail, a établi d'une façon irréfutable que l'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition que les malades soient sujets à des crises d'excitation dite congestive, assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils en viennent à l'acte.

M. Lagardelle, reprenant la question, en a fait une étude minutieuse basée sur de nombreuses observations. Après avoir étudié l'étiologie, la symptomatologie, la marche... etc., il arrive à formuler les conclusions suivantes, qui, mieux que toute analyse, vous donneront le résumé exact de cet intéressant travail :

1° La folie offre dans sa marche des irrégularités remarquables telles que : excitation, rémittence, intermittence, rémission, impulsions instinctives, paroxysmes.

2° Elle subit, en outre, des transformations complètes : les formes incurables ne se transforment pas.

3° La crise paroxystique, souvent dangereuse, doit être connue et prévue.

4° Le paroxysme peut se produire en dehors de toute hallucination.

5° Il est progressif, ascendant dans sa marche générale, et sa durée est généralement limitée

6° Il est conscient ou inconscient, mais dans tous les cas, les malades sont irresponsables.

7° Dans l'épilepsie délirante, les crises sont inconscientes, fatales, essentiellement dangereuses.

8° Les paroxysmes s'observent dans la plupart des formes d'aliénation mentale, notamment dans la lypémanie, la mélancolie, l'hypochondrie, le délire des persécutions, l'alcoolisme et l'épilepsie.

9° La simulation du paroxysme est difficile, mais possible.

10° L'allégation doit être le récit constant de ce que ferait le simulateur.

La connaissance clinique du paroxysme permet seule d'élucider ces questions médico-légales, toujours très délicates et souvent difficiles.

Le deuxième travail que nous signalerons est un opuscule qui, malgré son peu d'étendue, n'a pas moins une valeur considérable. Sous ce titre : *Diagnostic de la manie grave*, M. Lagardelle, après avoir rapidement rappelé ce qu'il faut entendre par *manie grave*, arrive à l'étude du diagnostic. « La nature du délire, dit-il, peut faire soupçonner l'existence d'une manie grave, mais on ne pourra l'affirmer qu'après avoir pris la *température*. » Là se trouve le point important du travail, l'application du thermomètre au diagnostic.

Cette constatation de l'élévation de la température dans cette affection n'a jamais été indiquée par les auteurs. Elle est d'une importance capitale dans la manie grave, et dans bien des cas, la température peut, au début, différencier la manie aiguë de la manie grave.

Enfin, messieurs, j'ai cru devoir réserver pour terminer, le travail le plus important. Cette appréciation, je l'avoue,

je n'en ai nul mérite, puisque l'Académie a jugé l'auteur digne du prix Civrieux.

En 1877, l'Académie mettait au concours la question suivante : « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. » M. Lagardelle fut du nombre des travailleurs qui répondirent à cet appel. Pour lui, la paralysie générale proprement dite est curable dans quelques cas et souvent il est possible de l'améliorer. Jamais, même dans les cas les plus graves, les plus désespérés, le médecin ne doit rester inactif, simple spectateur. Il doit savoir qu'en présence d'une maladie qui ne pardonne plus, un grand devoir lui incombe encore : celui de prolonger, en l'adoucissant le plus possible, la vie du malade qui lui est confié.

S'il m'était possible de résumer rapidement ce remarquable travail, je dirais que M. Lagardelle, après avoir établi la distinction entre le traitement moral et le traitement physique, a étudié successivement l'isolement, la régularité de la vie, la direction morale, etc., etc., l'hygiène, les émissions sanguines, les révulsifs, etc., etc. Se basant sur de nombreuses observations, notre confrère est amené à tirer des conclusions dont nous ne retiendrons que les suivantes :

1° La péri-encéphalite chronique diffuse n'est pas absolument incurable ;

2° La guérison ne nous paraît possible qu'à la condition d'appliquer le traitement à une époque très rapprochée du début de la maladie et notamment à sa première période.

Le Dr Lagardelle, dont le nom est bien connu de tous ceux qui s'occupent de psychologie, a en outre publié de nombreux travaux qui tous prouvent la tendance de l'auteur à affirmer la doctrine organicienne ; en d'autres termes, il considère la folie, quelles que soient ses manifestations, comme une affection organique ou fonctionnelle du cerveau.

Citons : *Pronostic de l'aliénation mentale*, *L'épilepsie délirante au point de vue clinique et médico-légal*, *La folie à travers les siècles*, *Étude sur les colonies agricoles*, *La folie ambitieuse et son traitement*, *La mémoire et la folie*, *Note anthropologique* sur les Huttiers de la Sèvre, etc.

Tous ces travaux dénotent chez leur auteur une con-

naissance aussi variée que solide dans toutes les branches de la médecine : aussi nul mieux que lui ne pouvait être appelé à la tête d'un service hospitalier aussi important que l'asile de Bordeaux où il est à même de faire profiter ses confrères et ses élèves de ses vastes connaissances.

En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Lagardelle le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport de la commission sont adoptées et M. Lagardelle est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

La responsabilité morale et la responsabilité sociale (*suite*).

M. Fournet. — M. Dally, messieurs, m'a loyalement envoyé en épreuve un discours qu'il a prononcé ici, pendant ma longue absence, et où il s'occupe de mes doctrines.

Je le remercie de sa loyale communication, mais je proteste contre ses appréciations qui dénaturent mon caractère scientifique :

1o Il dit, en toutes lettres, que je « procède doctrinalement de Joseph de Maistre », l'auteur du livre *Du pape*. Je n'appartiens à aucun titre, à aucun degré à cette filiation, et il n'est aucun de mes écrits, aucune de mes communications verbales, encore moins mon dernier discours sur « Les sources, les progrès, les décadences et le relèvement de la vie morale », qui puisse autoriser une si étrange erreur. Joseph de Maistre, vous le savez tous, messieurs, est plus papiste que le pape, est plus ultramontain que Rome; Joseph de Maistre s'inspire à des sources mystiques et cependant compose du gendarme et du bourreau le pivot de sa société modèle.

Je suis absolument étranger à ces caractères et ma dignité ne supporte pas de méprise.

C'est dans l'univers que je cherche et trouve Dieu, non pas le dieu panthéiste, mais le Dieu vivant et personnel, père de tous les êtres et législateur des lois de la vie.

C'est de l'esprit que Dieu a impliqué dans l'univers et dans l'homme, et que l'observateur réfléchit en lui, que je compose l'âme humaine et la vie morale ; comme le spectateur réfléchi d'une belle œuvre, y saisit l'esprit de l'auteur, se l'approprie et devient ainsi lui-même un artiste, un lettré, ou un homme de goût.

Par exemple, dans mon dernier discours, c'est d'une source visible et tangible, c'est du sein de l'homme lui-même, comme vous vous le rappelez, que j'ai fait sortir les principes et les lois de la vie sociale comme de la vie individuelle, la morale des peuples comme celle des individus.

En un mot, je suis un homme de science, mais de science spiritualiste; je suis l'un des fils de la philosophie spiritualiste. Je suis homme de foi et de conviction, mais c'est à l'œuvre incontestable de Dieu, c'est à la nature, c'est à la langue divine de la vie, que mon sentiment a puisé l'une et ma raison l'autre.

Quant au pivot ou plutôt au principe générateur et régénérateur de la société que je conçois, que j'espère de l'avenir, il ne saurait être ni dans ce qui comprime, ni dans ce qui tue; il est dans l'âme humaine, dans l'esprit humain de plus en plus constitué et vivant de l'esprit de Dieu, et par cela même vivificateur des choses humaines.

2o M. Dally me prête aussi la prétention à une *justice absolue* par les institutions sociales et par le jugement des hommes; je n'eus jamais cette prétention : du moment que je commets à la science et à ses évolutions progressives les destinées de la civilisation, dont la justice est une partie essentielle, je proclame, par cela même, le caractère *relatif*, quoique progressif, de toutes les vérités et de toutes les justices d'ici-bas.

Cette note étant purement rectificative, je ne rentrerai pas ici dans les controverses doctrinales qui l'ont provoquée; je crois avoir répondu suffisamment à la thèse qui nie la responsabilité morale de l'homme, et qui institue, qui lui substitue, une prétendue « responsabilité sociale » fondée, non sur la morale, mais sur l'intérêt. La vraie responsabilité sociale ne peut être et ne peut vivre que de la responsabilité morale de l'homme, car c'est toujours l'homme et l'âme humaine qui sont la source vitale des institutions et des sociétés humaines.

De l'évolution du délire des persécutions (*suite*).

M. Lasègue. — La communication faite dans la dernière séance par notre jeune collègue, M. Mabille, m'a conduit à prendre la parole dans la discussion à l'ordre du jour.

Le délire des persécutions, auquel j'ai donné son nom, présente à ceux qui le fouillent avec soin un grand nombre de points curieux à étudier. Et d'abord, ce délire est essentiellement psychologique; impossible d'y trouver des phénomènes cérébraux correspondant aux phases successives du délire ; ni insomnie, ni céphalalgie, ni troubles circulatoires ou digestifs; l'individu qui en est atteint vit comme tout le monde.

Le début de cette affection n'a pas lieu d'une façon lentement progressive; mais il se produit en vertu d'un choc, d'un *ictus*. Ainsi il arrive qu'un individu sain la veille, se réveille le lendemain frappé de délire des persécutions. Mais une fois le malade ainsi estampillé, c'est fini : il ne survient plus d'accidents cérébraux et, s'il s'en présente à nouveau, ils appellent des interprétations.

A partir de ce moment, le malade vit incessamment sur lui-même et très peu sur le monde extérieur. Aussi le délire des persécutions est le délire le plus interne, tout de concentration ; le malade qui en est atteint a une tendance à s'isoler, à vivre dans sa pensée, refusant pour ainsi dire la communication avec le monde extérieur; il s'opère en lui un travail intellectuel qui va de lui-même à lui-même. Voici d'ailleurs ce qui se passe généralement : A force de s'étudier et de se replier ainsi, le malade s'étonne, il trouve qu'il subit quelque chose d'extraordinaire, il ressent une anxiété vague, il y a une influence extérieure qui agit sur son moi intérieur, il y a une persécution. Mais pour qu'il y ait persécution, deux termes sont nécessaires: un persécuté et un persécuteur, c'est-à-dire quelqu'un ou quelque chose existant en dehors du premier qui le persécute. L'aliéné persécuté recherche cet agent mystérieux semblable en cela à l'hypochondriaque, il s'absorbe en lui-même.

Les idées de persécution n'ont jamais, au début, rien de concret, elles ne s'appliquent pas à une collection d'hommes, mais à des données abstraites, vagues, con-

fuses, il leur faut l'inconnu, les fluides, la police, la religion.

Cette idée confuse une fois déposée dans son esprit, le persécuté travaille avec elle et sur elle, il s'occupe au dedans de lui. C'est donc un malade concentrique, non excentrique. Par qui est-il persécuté? Jamais il ne fera d'effort intellectuel pour le deviner ; on cherche à lui démontrer, à lui prouver la fausseté de ses idées, il ne veut ni vous suivre, ni savoir qui le persécute : *on* lui suffit. Cet *on* est une nécessité de sa pensée ; c'est *moi* contre *on* et non pas *on* contre *moi*. Telle est, pour ainsi dire, sa formule intellectuelle. Des injures le poursuivent, jamais il ne s'enquerra d'où et de qui elles peuvent provenir, il refusera même de se servir de son œil, élément d'extériorité, pour aller aux informations.

Dans la forme rudimentaire de ce délire, le malade éprouve une sorte d'anxiété, parce que quelque chose de vague a opéré sur lui. L'hypochondriaque sent un malaise, une douleur épigastrique, par exemple ; aussitôt il conclut qu'il faut que ce soit une douleur exceptionnelle, indice d'une maladie incurable, mortelle.

Dans le monde intellectuel, même angoisse et même conviction, il sait non seulement qu'on le persécute, mais qu'on *doit* le persécuter ; s'il en était autrement, il serait fou et il entend ne pas l'être, cela lui suffit. Pourquoi me tourmente-t-on ? Quelles espèces de tourments ? A toutes ces questions, il ne trouve que quelques réponses vagues, il s'en prend à la police, à des corporations telles que les francs-maçons, les jésuites, etc. A partir de ce moment, le malade passe par une série d'idées et d'impressions. Le premier temps qui vient d'être décrit est celui que j'appellerai celui de l'anxiété et du malaise. Le malade passe ensuite par les phases suivantes : On m'en veut. De quoi ? il ne le sait. — On veut me faire du mal. — On me fera du mal. — On me fait du mal.

Dans le premier cas, le malade reste dans la sphère idéale; dans le second, le délire prend une forme plus réaliste ; la troisième affirmation a un caractère de précision encore flottant, qui devient défini dans la quatrième.

Le délire, comme on voit, va croissant, depuis le moment où débute un vague sentiment de malaise jusqu'au jour où le malade arrive à dire : On me fait du mal. Il y a alors outre

l'homme du dedans, l'homme du dehors qui commence à intervenir. C'est dans ces conditions que surviennent les hallucinations de l'ouïe, toujours secondaires.

Il existe deux ordres d'hallucinations : 1° les hallucinations initiales, causales ; 2° les hallucinations consécutives, terminales.

Au début, le moindre trouble de l'oreille, un susurrus, un bourdonnement, ou bien le plus petit bruit extérieur, un marteau qui cogne, un meuble qui tombe, provoqueront chez le malade l'idée qu'on lui veut du mal. L'hallucination indécise cesse et en même temps l'idée de persécution se dissipe ; elle est temporaire comme la cause qui la provoque.

La persécution véritable se lie avec l'hallucination seconde ; celle-ci se complique suivant le degré de la maladie, elle suit cette dernière dans toutes ses phases.

L'hallucination auditive est l'hallucination propre, idéale du délire des persécutions ; c'est, de même que le délire, une hallucination concentrique. Elle est le résultat d'un travail psychique des plus difficiles, d'une analyse psychologique des plus délicates.

Voici la série des raisonnements par lesquels passe le malade : Parmi les nombreuses idées qui me viennent, il en est où je me reconnais et d'autres où je ne me reconnais pas. Il y a en moi deux individus : l'un est moi, et l'autre un moi qui n'est pas moi, une sorte d'être parasitaire qui a pris sur moi de l'autorité ; c'est lui qui maintenant commande, ordonne, impossible de m'en détacher. Par quels procédés ce moi nouveau vient-il s'intercaler dans ma pensée, m'imposer sa volonté intellectuelle ? Est-ce par le procédé ordinaire de la pensée ? Non, c'est par quelque chose, par quelqu'un. Ce quelqu'un, ce quelque chose, je l'entends, il me parle.

Quand il a trouvé cette formule, il possède l'explication de son trouble ; l'hallucination auditive forme comme la porte de communication entre sa pensée et celle de ce non-moi qui intervient dans son existence. C'est une transition ménagée entre l'idée de soi et l'idée d'un autre : et cette communication ne pouvait se faire que par l'oreille. Jamais elle n'a lieu par la vue ; la vision ne signifie rien pour le persécuté ; quand il entendra une voix, il ne se retournera même pas pour voir qui parle. Concentré en

lui-même. il peut voir ce qui se passe autour de lui, mais il ne regarde pas, tandis qu'il suffit d'une impression auditive pour mettre tout son être intellectuel en éveil. L'hallucination de l'ouïe est un symptôme pathognomonique du délire des persécutions ; le persécuté peut s'en passer pendant quelque temps, mais elle lui arrive toujours à un moment donné, comme s'il en avait besoin.

Quant à l'hallucination de la vue, elle est en contradiction avec le tableau du persécuté, tel que nous venons de l'esquisser. Chez lui, le délire a une cause interne continue, vers laquelle est concentrée toute sa personnalité. Est-ce à dire qu'il ne puisse naître des idées de persécution dans d'autres formes de maladies mentales sous l'influence d'une cause externe momentanée ? Non ; mais alors elles ne se produisent que d'une façon incidente et sans suivre la série pathologique du vrai délire des persécutions.

En voici des exemples : Une femme est en train de manger ; au moment où la première bouchée d'aliments entre dans l'estomac, elle ressent une sensation à l'épigastre et en même temps elle est prise d'une sueur froide. On s'empresse autour d'elle, on lui administre quelque réconfortant ; elle revient à elle. Aussitôt elle s'écrie : « On m'a empoisonnée.» A partir de ce moment, il se fait chez elle un travail intellectuel, elle se demande celui qui aurait bien pu l'empoisonner ; mais elle ne s'en tient pas là. Elle court se plaindre au commissaire de police, va faire analyser les aliments, cause de son prétendu empoisonnement, etc. Toute cette manière d'agir n'est pas d'un vrai persécuté. Celui-ci se contente de se plaindre, mais ne consent pas à rechercher de qui lui vient la persécution. Partout où il va, il trouve ses ennemis ; il ne lui vient pas à l'esprit de se défendre contre eux. Tout son délire demeurera dans la région sentimentale ; il ne dépassera pas cette limite purement psychologique. Il ne fera jamais de menaces directes contre les gens qui le persécutent, encore moins se livrera-t-il à des voies de fait. Si le délire des persécutions sort du type qui vient d'être décrit, s'il y a extériorité, c'est que ce n'est pas un délire des persécutions franc, on a affaire alors à un délire mixte. Tels sont les suivants :

Et d'abord l'alcoolique persécuté. Celui-ci ne parle jamais

de lui, il n'a pas de sensations, pas d'idées. Ce n'est qu'un raconteur ; de l'avenir, il ne dira pas un mot, de sa personnalité, non plus. Il vit de l'extérieur, par la vue, tandis que le persécuté vit de l'intérieur par l'ouïe et ne s'occupe que de ce qu'il entend. Ce qu'il peut entendre est complètement indifférent à l'alcoolique ; il ne rumine pas, il ne pense à rien. Il n'y a donc pas d'assimilation possible entre les deux genres de persécutés, celui qui vit par l'oreille et celui qui vit par la vue. Ce dernier n'a que des hallucinations de la vue provoquées par des causes extérieures; la moindre lueur peut les produire. Chez le véritable persécutée, l'hallucination auditive n'est occasionnée par aucun excitant externe ; c'est lorsqu'il est dans le calme le plus profond qu'il entend surtout ses voix. L'alcoolique est obsédé par des terreurs perpétuelles qui le poussent au suicide, ce ne sont que coups, mort, incendie; cela ne ressemble en rien au persécuté mystique, étranger à ce qui se passe en dehors de lui. De plus, l'alcoolique va jusqu'au bout de son délire et passe à l'action. A mesure que la maladie monte, le délire s'extériorise de plus en plus.

Les excités cérébraux à idées de persécution se distinguent également par des signes physiques et intellectuels particuliers. Ils vivent aussi en dehors, ils voient et commentent au besoin leurs visions ; murés, pour ainsi dire, dans l'hallucination de la vue, ils n'entendent pas. Toute excitation cérébrale peut produire l'hallucination de la vue, parce qu'elle pousse le malade vers le monde extérieur. Tel ce jeune homme, à qui la Vierge apparaît ; il la voit distinctement, mais elle ne lui parle pas. Elle a des ordres à lui donner, mais elle ne les lui donne pas oralement ; elle déplie un grand papier sur lequel est écrit ce qu'elle a à lui dire.

Un persécuté franc peut, il est vrai, être aussi un ivrogne; alors il est troublé par des hallucinations visuelles. Son alcoolisme vient-il à baisser, aussitôt ses visions disparaissent. En règle générale, si chez un persécuté vrai, aux hallucinations de l'ouïe viennent se joindre des hallucinations de la vue, on peut en conclure qu'un élément nouveau est venu s'ajouter à la maladie primitive.

Tels sont aussi les persécutés séniles ; ces malades ne ressemblent pas non plus aux persécutés vrais. Ils voient urtout; ils ont plus d'hallucinations de la vue que d'hallu-

cinations de l'ouïe ; ils ne parlent pas d'eux-mêmes, mais de ce qui se passe autour d'eux.

Cela peut arriver aussi lorsque le délire des persécutions s'associe au délire des grandeurs ; alors il perd son caractère précis de délire des persécutions pour devenir un délire plus complexe composé de divers éléments qui ne sont pas nécessairement liés à son essence.

Il faut se rappeler aussi que lorsque les troubles d'esprit, présentés par le persécuté, ont duré longtemps, ils perdent la franchise et la simplicité réservés à la première phase et alors il est difficile de reconnaître le point de départ.

En terminant cette communication, nous dirons comme conclusion que, lorsqu'on traite du délire des persécutions comme de toute autre espèce morbide, c'est l'espèce type qu'il faut prendre pour objectif et que si un persécuté présente des hallucinations visuelles, c'est qu'il ne répond pas à ce type classique.

Rapport sur un travail de M. Morselli, médecin en chef de l'asile de Macerata (Italie), sur les idiots et les épileptiques.

M. Delasiauve. — Messieurs, un de nos distingués collègues italiens, dont la spécialité mentale a pu apprécier le zèle, M. Morselli, a tout récemment offert à la Société l'hommage de plusieurs publications. L'une d'elles concernant un sujet rarement discuté dans cette enceinte, M. le Président crut devoir m'inviter à en donner un aperçu dans une prochaine séance. Ses prévisions ne l'ont point trompé. Ce travail, assez long et extrait d'un recueil mensuel (*Rivista della Benifienza publica e degli instituti de Previdenza*. Agosto, 1880), mérite, à maints égards, d'attirer notre attention. Intéressant pour la cause de l'aliénation mentale, il l'est surtout d'une manière particulière pour votre rapporteur. Presque tout entier, en effet, il est consacré à notre institution des idiots et enfants épileptiques de Bicêtre et de la Salpêtrière.

M. Morselli, il y a quelques années, dans une visite à l'un et à l'autre de ces établissements, fut vivement impressionné du fonctionnement de nos classes. Les résultats dont il fut témoin, les entretiens qu'il eut soit avec Mlle Ni-

colle, notre institutrice, soit avec M. Deleporte, aujourd'hui directeur de l'école à la colonie de Vaucluse, achevèrent de l'édifier. Depuis, conservant pour nos zélés directrice et directeur une sorte de culte, il n'a cessé de se tenir au courant de nos travaux. Il semble surtout s'être inspiré des discours prononcés à nos distributions de prix, tant par notre vénéré et regretté maître, Félix Voisin, que par M. Auguste Voisin et moi. Pour mon compte, je suis heureux de saisir l'occasion de le remercier des appréciations flatteuses accordées à certaines vues que renferme mon allocution de l'année dernière (1879).

Dans l'esquisse qu'il trace, après avoir signalé les premiers essais poursuivis par Belhomme, sous l'inspiration d'Esquirol, à la Salpêtrière, les succès réalisés par l'interne dévoué et consignés dans sa magnifique thèse en 1814, M. Morselli mentionne les écrits de F. Voisin, l'institut orthophrénique fondé par ce collègue rue de Sèvres, et enfin, l'inauguration définitive de la double institution à Bicêtre et à la Salpêtrière sous l'influence de Ferrus, alors inspecteur général des services d'aliénés. Juste part d'éloges est attribuée aux coopérateurs successifs, notamment à un homme, ravi naguère à la science, et dont le nom restera dans les annales de l'éducation des idiots. La notoriété de Séguin, commencée aux sourds-muets, sous Itard, grandissant à l institut orthophrénique de la rue de Sèvres, puis à l'école de Bicêtre, qu'il dirigea deux ans, s'affirma d'une manière éclatante dans son remarquable ouvrage sur l'éducation des infortunés déshérités de l'intelligence (1846). Bientôt après, devenu médecin et fixé à New-York, M. Séguin poursuit, sans réserve, ses chères études, et est choisi, dans sa patrie d'adoption, comme intermédiaire scientifique entre les deux mondes. C'est à peine il y a un mois qu'il aurait succombé inopinément, par suite sans doute des fatigues d'un voyage en Europe, où, pour la troisième ou quatrième fois, il se serait rendu à l'effet de participer à une série de congrès internationaux.

Nous avons rendu pleine justice aux créations étrangères. M. Morselli se borne à citer, comme ayant suivi le mouvement, la Suisse, l'Allemagne, l'Angleterre et les États-Unis. C'est spécialement à la France qu'il s'est attaché, à cause du voisinage. On s'étonne en effet avec lui que, si près de nous, en Italie, même depuis sa renaissance, où règne en tous

genres une fermentation exceptionnelle, la question des idiots ait été complètement oubliée. Aucune institution n'y serait consacrée à cette infortune. Chose triste ! Abandonnés à eux-mêmes, ces pauvres parias qu'on pourrait, les recueillant, améliorer, surveiller, utiliser en partie, demeurent à la fois une charge et un danger pour les familles et la société.

Combien d'exemples en sens inverse ! A Bicêtre, à la Salpêtrière, beaucoup de nos pupilles ont pris une physionomie et manifesté des aptitudes dont *a priori* on ne les eût pas crus susceptibles. M. Morselli relate le cas analogue d'une idiote dont s'était emparée une démente chronique de Carlo Livi, à l'asile de Reggio. Une tendre mère n'aurait pas prodigué plus de soins à son enfant bien-aimé. Quelques rayons ont pénétré dans cet esprit obtus. Le caractère s'est assoupli ; la bienfaitrice a pu se faire aider de son élève dans de petites occupations. Par contre, un de nos discours constate, parmi une douzaine de défectueux qui se sont révélés à nous, durant un exercice médical de huit années en province, trois incendiaires, trois idiotes enceintes, un assassin et plusieurs victimes d'agressions imprudemment provoquées.

Deux recensements en Italie ont donné l'un, en 1867, environ 16,000 idiots ; le second, en 1871, près de 25,000. C'est à peu près, comme en France, un par mille habitants. Acceptons ce chiffre, évidemment au-dessous de la moyenne. On voit quelle lacune reste à combler. Si M. Morselli s'en effraye pour sa patrie, la France, quoi qu'il en pense, a elle-même un grand chemin à parcourir avant d'avoir atteint le but. Notre zélé collègue veut entreprendre l'œuvre d'une grande réforme. Il nous appartient de marcher de concert avec lui. Nous avons tracé le plan à réaliser : dix mille asiles hospitaliers répartis en autant de circonscriptions communales. Estimant à 20,000 le nombre des assistés, ce serait, et sur place, deux par établissement. On peut se figurer leur bien-être, le soulagement des familles et les garanties offertes à tous. Table rase existe en Italie. Imbus de notre combinaison et de son exécution facile, M. Morselli aurait, nous le croyons, quelque chance de la faire adopter. Ce serait pour nous un séduisant exemple et aussi une inexprimable satisfaction si nous pouvions con-

templer les deux nations s'excitant et se confondant à l'env dans une étroité unité morale.

La séance est levée à six heures.

Dr ANT. RITTI.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1880.

Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend : une lettre de M. le Dr Lagardelle remerciant la Société de l'avoir admis au nombre de ses membres correspondants.

Une lettre de M. le professeur Lasègue s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La Razon de la sin razon, du Dr Pujadas, no du 15 décembre 1880.

Bolletino del manicomio privato Fleurent, a capodichino in Napoli, 1er décembre 1880.

Rapport de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, M. le Dr Giraud, directeur de l'asile d'aliénés de Maréville, sollicite l'honneur d'être membre correspondant de la Société médico-psychologique, et vous avez renvoyé sa demande à une commission composée de MM. Dagron, Espiau de Lamaëstre et moi.

Je vous avoue, messieurs, que mon premier mouvement a été un mouvement de profonde surprise. Je ne pouvais croire que M. Giraud ne fût depuis longtemps des vôtres, lui qui appartient depuis près de 40 ans à l'administration des asiles d'aliénés, et qui déjà en 1843 affrontait les chances du concours pour arriver à la place de médecin de Bicêtre. Il y avait du mérite au jeune docteur à oser se mesurer avec les concurrents qui lui disputaient la place. Vous savez quel fut l'heureux vainqueur, c'est le maître toujours actif, toujours alerte, assidu à vos séances, et toujours jeune

quand il s'agit des intérêts de la science et de l'humanité : vous avez nommé M. Delasiauve.

La même année M. Giraud fut nommé médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier; plus tard il remplit les mêmes fonctions à celui de Châlons; puis, après avoir passé quelques mois à l'asile de Marseille en qualité de médecin en chef, il fut nommé directeur de l'asile de Maréville, poste qu'il occupe depuis 1864.

Vous le voyez, messieurs, M. Giraud est un des ouvriers de la première heure; il a débuté dans nos asiles à l'époque où la loi de 1838 devait passer de la théorie dans les faits : période difficile, pleine de luttes et de tiraillements, qui demandait, de la part des nouveaux venus, beaucoup de fermeté unie à beaucoup de tact et de souplesse. Nous qui sommes venus plus tard, nous qui avons trouvé le terrain déblayé, nous ne devons pas oublier les peines que nos devanciers ont eu à surmonter. Nous leur devons le meilleur de ce que nous sommes. Je pourrais en appeler à ceux de nos maîtres ici présents qui ont été les soldats de ces combats. C'est parmi eux que vous auriez trouvé facilement une voix autorisée pour vous raconter l'œuvre d'un de vos vétérans; ils vous auraient dit ce labeur dont ils ont eu leur part, et leur témoignage aurait eu une autorité que vous ne pouvez attendre d'un membre nouveau venu parmi vous, et qui, pour un temps encore, peut se compter parmi les jeunes. Vous avez pensé sans doute que trois ans d'une collaboration quotidienne, toujours courtoise et sympathique, me donnaient quelque titre à une tâche que j'essayerai de remplir selon vos désirs.

Nulle histoire n'est plus instructive que celle de Maréville, si l'on veut se rendre compte des péripéties par lesquelles ont passé un grand nombre de nos asiles avant d'arriver à ce qu'ils sont actuellement. Quand il s'agit d'appliquer la loi de 1838, qui demandait à chaque département d'avoir un établissement spécial pour ses aliénés, l'idée ne pouvait venir à personne de construire de toutes pièces les nouveaux asiles. Partout il fallut s'ingénier à utiliser des constructions déjà existantes, d'anciens couvents, des orphelinats, des hospices. Maréville avait un avantage : depuis près d'un siècle il servait de refuge aux aliénés de la Lorraine. Stanislas, dont le règne se passa à vouloir imiter ce qu'il avait admiré en France, avait donné à Maréville la

destination et l'organisation de Charenton, et, « de même » que le roi de France avait confié Charenton aux frères de » Saint-Jean de Dieu, Stanislas livra Maréville aux frères » de la Doctrine chrétienne. »

La dispersion des communautés religieuses en 1793 amena le départ de ces frères, et par une singulière coïncidence, le jour même où la communauté quittait Maréville, un violent incendie détruisit l'un des principaux corps de bâtiment. Pour un temps, Maréville cessa de recevoir des aliénés et servit d'ambulance aux armées de Sambre-et-Meuse et du Rhin. Mais, dès l'an IV de la République, il redevint un hospice, et rentra en possession des biens qui lui avaient appartenu et qui n'avaient pas été vendus. Le gouvernement consulaire l'affecta aux aliénés indigents de la Meurthe, et le premier Empire en fit un établissement régional pour les aliénés de vingt et un départements.

Ces détails historiques, que je prends dans l'un des rapports de M. Giraud, vous font penser que Maréville était tout approprié à ses nouvelles destinées. Mais il ne faut pas oublier combien la loi de 1838 avait changé la condition des aliénés. Jusque-là, c'étaient des êtres nuisibles qu'on enfermait par mesure de sécurité publique : la loi nouvelle les élevait à la dignité de malades auxquels la société doit aide et protection. A un système nouveau il fallait des hommes nouveaux, et Maréville, qui depuis 1816 avait été cédé à la congrégation des Sœurs de Saint-Charles, dut recevoir une administration conforme aux prescriptions de la législation nouvelle. Cette transformation ne se fit pas sans lutte. Il se trouva un homme d'une science profonde, d'une énergie indomptable, qui eut la tâche ardue de transformer le vieux Maréville, de le mettre en harmonie avec les principes de la loi, avec les progrès de la science. Ce fut l'honneur de Renaudin d'avoir accompli cette réforme. Mais il n'eut pas la joie d'achever son œuvre. Epuisé par la lutte, il succomba au moment où la victoire allait couronner ses efforts. Il laissait à son successeur des conditions budgétaires excellentes, et il pouvait se dire en mourant que l'œuvre à laquelle il avait consacré sa vie ne pouvait plus désormais péricliter.

M. Giraud fut appelé à lui succéder : c'était un lourd héritage, car ce qui restait à faire n'était pas peu de chose : il fallait reconstruire les anciens bâtiments qui tombaient

en ruines et qui étaient dans de déplorables conditions hygiéniques; il fallait assurer l'asile, dans lequel se trouvaient près de quinze cents malades, d'un approvisionnement d'eau suffisante pour tous les besoins du service; il fallait étendre le domaine cultural. Cette tâche, M. Giraud lui a consacré près de seize ans d'une administration zélée et vigilante.

Aujourd'hui, les vieux quartiers ont presque tous disparu; de nouvelles constructions, vastes et salubres, ont remplacé la plupart des anciens bâtiments. Un vaste établissement de bains, avec tous les perfectionnements de la science moderne, a été construit pour le quartier des femmes, et il s'en construit un semblable pour celui des hommes. Une ferme considérable permet d'utiliser le travail des malades appartenant pour la plupart à une population agricole; les terrains bas et humides qui étaient aux portes de l'asile, ont été successivement achetés et transformés en excellentes terres de culture. Tel qu'il est aujourd'hui, tel que je l'ai vu pendant les trois ans que j'ai eu l'honneur d'y être médecin en chef, Maréville est assurément l'un des asiles les plus salubres que je connaisse. Et il ne faut pas oublier qu'il y a une quinzaine d'années, à l'époque où M. Giraud prenait la direction du service administratif, l'ophthalmie purulente y sévissait d'une manière endémique et y faisait chaque année de nombreuses victimes : aujourd'hui elle a complètement disparu.

J'en ai dit assez, messieurs, pour vous montrer combien la carrière de M. le Dr Giraud a été remplie; aujourd'hui il peut dire avec fierté que « l'achèvement de l'œuvre entreprise il y a quinze ans est assurée. » J'espère qu'il lui sera donné de la mener à bonne fin et qu'il restera assez longtemps pour cela dans les fonctions qu'il occupe. M. le Dr Giraud est un de nos confrères les plus méritants. A Nançy, il a su si bien se concilier l'estime et la considération de ses confrères qu'il a été appelé par eux à l'insigne honneur de présider la société de médecine.

Votre commission pense qu'en donnant à M. le Dr Giraud le titre de membre correspondant, vous honorerez la Société médico-psychologique autant que vous honorerez notre confrère lui-même.

Sur la proposition de la commission, M. Giraud est à l'unanimité élu membre correspondant.

Elections du bureau pour 1881.

D'après le résultat du scrutin, le bureau de la Société médico-psychologique est composé de la manière suivante :

MM. Luys, président ;
Dally, vice-président ;
Motet, secrétaire général;
Ritti et Paul Moreau (de Tours), secrétaires des séances ;
A. Voisin, trésorier.

De l'évolution du délire des persécutions (suite).

M. Bourdin. — Dans la dernière séance, M. le professeur Lasègue a développé, devant vous, l'histoire des aliénés persécutés. Nous avons tous encore présente à l'esprit cette communication éclatante de verve et nourrie d'observations à la fois profondes et judicieuses. Je ne veux pas entrer dans le fond du débat, mais je demande la permission de relever un mot qui me semble avoir une grande portée.

M. Lasègue nous a montré la persécution naissante, s'élevant par degrés successifs jusqu'au moment où elle prend possession définitive du persécuté.

Dans le parcours suivi par cette maladie, on arrive à une période caractérisée par les hallucinations. La vue est frappée la première; un peu plus tard surviennent les hallucinations de l'ouïe.

M. Lasègue profite de l'occasion pour faire un court rapprochement entre la faculté visuelle et la faculté auditive. Il considère la première comme moins puissante que la seconde relativement à l'influence qu'elles exercent sur l'entendement et sur les facultés morales proprement dites.

Je partage complètement l'opinion de M. Lasègue et je m'appuie sur des considérations d'ordre psychologique.

La vue est l'une des portes de l'esprit. Elle rend des services éminents en permettant de saisir promptement la couleur et la forme des corps. Elle les transmet à la mémoire avec une surprenante facilité. C'est précisément cette facilité qui a tenté certains éducateurs et les a conduits à instituer ce que l'on appelle aujourd'hui les *leçons de*

choses. Dans ce mode d'enseignement on s'applique à faire travailler simultanément les sens et l'esprit.

L'oreille est, comme l'œil, mise en jeu pour l'ornement de l'esprit, mais la préférence est accordée à l'œil par les instituteurs à la mode.

Auquel des deux sens doit-on donner la préférence?

Si l'on ne tient compte que de la rapidité des résultats, l'on doit mettre l'œil au premier rang. On pourrait, pour ainsi parler, le qualifier d'organe de la mémoire. Si l'on considère le résultat final de l'enseignement, qui doit être la conquête des choses utiles, il faut attribuer la supériorité à l'oreille qui est l'organe de la réflexion.

La mémoire reçoit facilement les impressions qui lui viennent de l'œil, mais elle les conserve mal, et quand, par hasard, elle les retient pendant longtemps, ces impressions se reproduisent en quelque sorte mécaniquement sans avoir été fécondées par l'entendement.

Les impressions qui passent par l'oreille arrivent plus difficilement à l'esprit. Il semble que l'impression seule soit insuffisante pour pénétrer jusqu'à la mémoire et s'y fixer solidement. Elle a besoin d'un travail de l'esprit pour se caractériser et prendre rang parmi les acquisitions de l'entendement. Une fois fixée, elle dure plus longtemps et surtout elle porte plus de profit. Elle rend en avantages sérieux et pratiques le prix de la peine mise volontairement à la conquête de ces idées qui sont le plus bel apanage de l'humanité.

L'enseignement par l'œil fait les hommes superficiels; l'enseignement par l'oreille prépare les hommes profonds. Les premiers s'abandonnent vite aux courants qui les poussent dans divers sens. Les seconds sont plus vaillants, plus résolus, et possèdent une plus grande spontanéité; on peut dire qu'ils sont plus hommes.

En faisant une comparaison entre la puissance de l'œil et celle de l'oreille, au point de vue de leur efficacité réciproque dans l'éducation, je n'ai nullement l'intention de blâmer l'usage de l'œil dans la méthode pédagogique. Je me propose seulement de faire connaître la préférence que j'accorde à l'oreille. Les impressions venues par ce sens appellent la réflexion et la méditation, à la suite desquelles ces impressions se gravent profondément dans l'organisme et font pour ainsi dire corps avec lui. C'est par l'oreille

qu'arrivent, à l'âme, les grandes pensées qui conduisent aux grandes actions. Saint Paul a dit : *Fides ex auditu.*

M. FALRET. — L'ouïe est d'autant plus importante au point de vue de l'éducation, que l'ouïe est liée par la parole à la pensée.

La responsabilité morale et la responsabilité sociale (suite).

M. DELASIAUVE. — Messieurs, je remercie mon honoré collègue M. Dally d'avoir pris mes remarques en si grande considération. Si moi-même j'ai mis quelque ardeur dans l'appréciation de ses idées, c'est que je connais son savoir, sa sincérité et l'autorité que lui donne son talent. Entre nous évidemment, il existe un malentendu. Nous ne sommes pas sur le même terrain. M. Dally, ou je me trompe, vise une sérieuse réforme dans la législation et les errements de la jurisprudence. Sur beaucoup de points, à cet égard, nous pourrions nous entendre. Mais le rôle qui nous incombe est plus modeste et m'y renfermant d'abord, je ne m'en suis départi, dans une limite restreinte, que pour rendre plus sensible l'insuffisance de ses objections.

De quoi s'agit-il pour le médecin aliéniste ? En l'état des choses, un cas nous étant soumis en matière civile ou criminelle, déterminer si tel individu suspect d'aliénation jouit, dans le premier cas, des capacités mentales requises ou doit, dans le second, encourir légitimement la responsabilité absolue ou limitée d'un délit ou d'un crime. Une solution aussi circonscrite ne se prête guère aux hautes spéculations philosophiques ou législatives.

Certes, des dissidences se sont élevées entre nous, presque exclusivement touchant l'application des lois pénales. Mais notre marche est uniforme. Quand la folie est générale et patente, point de désaccord. Où, parfois, surgit le doute, c'est à l'occasion de ces délires partiels obscurs, compatibles avec une clairvoyance apparente, qui semble permettre la résistance volontaire aux incitations malfaisantes. Une double thèse s'est produite. Au nom de l'unité intellectuelle, on a dit (notre regretté maître Falret père notamment) tous les monomanes sont, *ipso facto*, irresponsables. Depuis quelques années, considérant la coexistence d'éléments sains et morbides et faisant la part des uns et des

autres, on s'est arrêté à une responsabilité mixte ou limitée. Plus rationnelle selon nous, notre formule se distingue des précédentes. Ou l'acte incriminé procède des idées délirantes, alors irresponsabilité ; ou il a eu son origine dans une passion naturelle, alors responsabilité, du moins en principe, car à supposer une action latente de la lésion mentale, il y aurait lieu d'examiner jusqu'à quel point, s'associant au mobile naturel où, affaiblissant les ressorts de la volonté, cette action pourrait motiver l'atténuation, sinon l'excuse.

C'est cette distinction qui, précisément, s'imposait à la vérification de M. Dally. Nous ne la voyons discutée nulle part dans les pages qui nous ont été remises. Loin de là, rééditant les noms des Papavoine, des Rambaud, des Jobard et des Janson, M. Dally nous blâme encore d'en avoir fait des victimes juridiques. Son inculpation, nous le croyons, se fût produite avec plus de réserve, s'il eût lu attentivement nos travaux sur le délire partiel diffus (pseudomonomanie). Les juges n'ont pas cru condamner des aliénés. Ce qui n'est pas douteux pour la science, c'est que la folie était réelle et que, le crime en étant une émanation, l'acquittement en découlait naturellement.

Les experts d'Aix, de Lyon et de Metz, en sont demeurés convaincus. Si leurs conclusions ont échoué, nous avons démontré le pourquoi, en assimilant aux rêveries de la veille les fascinations morbides d'où naquirent les impulsions irrésistibles. Hélas ! cette forme dangereuse est fréquente et typique. Cette semaine même, trois cas ont, coup sur coup, sollicité notre attention. C'est d'abord un garçon de salle, de 24 à 25 ans, qui est venu nous consulter. L'infortuné, anxieux, timide, est, depuis 4 ans, soumis à une véritable tourmente cérébrale. Un voile semble envelopper le front et la partie supérieure de la tête. Des pensées bizarres et confuses l'assiègent ; ce qui le terrifie surtout, ce sont des tendances sinistres auxquelles, ayant résisté jusqu'ici, il redoute de succomber. Nul ne connaît son état. Mme Sch..., que je vis le lendemain, a un fils de 14 ans, collégien grand et fort comme elle Ensuite d'une couche, elle aurait eu un abaissement de matrice, et des granulations au col, améliorés par les moyens contentifs ou des cautérisations, mais qui de bonne heure se seraient accompagnés de tristesse hypochondriaque et d'accidents

vertigineux: conceptions bizarres, craintes provoquées par des fantômes, tête lourde, obtusement douloureuse dans presque toute la région frontale; sommeil agité, rêves sinistres. Mme Sch..., n'entrevoit que des catastrophes. Une émotion lui fait verser des larmes. Des voleurs vont la dévaliser. Idées de suicide fréquentes. Conscience de son état maladif. Avant-hier, enfin, un journal de province nous apporte la nouvelle d'un propriétaire considéré, qui s'est brûlé la cervelle. Stupéfaction générale de la commune; on ne s'explique point la cause de cette détermination funeste.

Elle ne nous est que trop connue. Il y a 16 ans, nous traitions la dame de ce malheureux pour une obtusion lypémaniaque, qui a guéri. Dès ce temps, nous eûmes la révélation d'accidents analogues qui, sauf le défaut de clairvoyance, obsédaient le mari. A plusieurs reprises, il vint nous consulter à Paris. Une névralgie entre les épaules et vers la nuque avait précédé et accompagnait le trouble mental. L'idée du suicide surgissait souvent au milieu de ses appréhensions. Une année, elles devinrent si instantes qu'il entra, de son plein gré, à Charenton. La nostalgie l'en fit sortir, quelques semaines après. Par les renseignements que, de temps à autre, m'en a donnés un médecin, j'ai lieu de croire que son mal, s'il n'avait empiré, était au moins resté stationnaire. Au suicide substituez un meurtre; pour ce torturé comme pour maint autre. quel expert mentaliste oserait conclure: responsables! Rien d'aussi lamentable que les angoisses exprimées par ces pauvres malades conscients.

Des acquittements en pareille circonstance sont équitables; laissent-ils la société désarmée? Ce souci prédominant de M. Dally nous paraît plus qu'exagéré; il vicie toute son argumentation Nul ne dénie à la société le droit et le devoir de se défendre. Elle a des lois. Personne non plus ne conteste leur nécessité et leur influence salutaire: c'est la sauvegarde de tous. Le fou délinquant ou reconnu dangereux, on l'enferme, on l'empêche de nuire, on le soigne, quoi de plus satisfaisant? On ne voit guère là motif au cri désespéré de rigueur poussé par notre collègue.

M. Dally admet *a priori* l'augmentation des crimes, ceci est contestable. Passons cependant. Cet accroissement, il

l'attribue à l'indulgence systématique des jurys, au préjugé de justice qui tend à prédominer et contre lequel il conseille énergiquement de réagir par une réforme radicale dans l'organisation judiciaire. Avec empressement, saisissant toute ombre de preuves, il ne pouvait manquer d'ajouter aux exemples antérieurs celui des vitrioleuses. Il n'est pas nouveau. L'imitation est connue; la presse même a été incriminée. On pourrait objecter que, simple moyen, le vitriol n'a fait peut-être que remplacer une autre forme.

Eh bien! encore là-dessus nous avons voulu faire une concession. Soit, avons-nous dit à notre collègue, des deux parts vos affirmations sont exactes; mais, à votre tour, comptez-vous pour rien les compensations? La justice, la bienveillance, le respect de la vie, le dévouement ont leur rayonnement. En regard de quelques méfaits, que de soulagements opérés! de catastrophes prévenues! Une seule guerre conjurée, c'est, outre la ruine des Etats, la fatigue, les privations, les mutilations, la mort épargnée à des centaines de mille victimes. Le maintien de la paix, c'est l'attention accordée aux perfectionnements de la législation, aux entreprises fécondes, au progrès des lumières et des institutions bienfaisantes, à l'harmonie des citoyens. D'ailleurs, pour ne parler que des vitrioleuses, traitées par vous de fantaisistes, le jury est-il si coupable? La Société n'avait-elle rien à se reprocher à l'égard de ces femmes odieusement trahies et abandonnées par leurs maris ou leurs amants?

Toutes ces considérations et bien d'autres, nous les avons présentées à M. Dally; en a-t-il tenu compte? Pas le moins du monde. Il est entiché, à tel point, de son intimidation que, nous accusant d'en méconnaître la puissance, hélas! trop visiblement désastreuse, il entonne un dithyrambe en son honneur. « M. Delasiauve déclare que » l'intimidation est impuissante (1). Ai-je bien lu? Mais il » n'y a que cela de puissant! Niera-t-on les effets de la » discipline militaire? N'est-ce pas par l'intimidation, par » la crainte d'un châtiment ou d'une pénalité quelconque

(1) Je n'ai rien affirmé de semblable, à moins de correctif, pour créer la moralité en vertu de l'axiome : plus fait douceur que violence. Cela appert du passage lui-même (*Annal.* p. 92).

» que l'ordre est maintenu à bord d'un vaisseau ? Et dans
» l'ordre civil, croit-on vraiment que les citoyens s'astrein-
» draient chaque jour à une foule de choses désagréables
» si la sanction pénale n'était pas là ?... Sans le gendarme,
» le nombre des crimes décuplerait... Otez la responsa-
» bilité sociale, et nous verrons où vous conduira votre res-
» ponsabilité morale. »

M. Dally triomphe ici à peu de frais, s'étant créé des fantômes pour les combattre. Les lois sont le ciment des sociétés. En établir de justes et de propices a été, dans tous les temps, la préoccupation des réformateurs sincères, et, malgré l'effort des siècles, leurs plans sont loin encore d'être réalisés parmi les nations, courbées sous la verge des despotismes. Celles qui règnent sont presque partout déplorables ; et, bizarrerie étrange ! bien que lui-même, dans ses aspirations réformatrices vaguement platoniques, en stigmatise les tristes résultats, M. Dally semble s'en douter si peu qu'il s'incline, le croirait-on ? devant Bismark. Il en prend la défense. Cette ferme poigne est son idéal. M. Bismark croyait combattre pour une cause juste. D'ailleurs, cette maxime, la force prime le droit, ne serait pas de lui. Mais, cher collègue, il ne l'a pas démentie : c'est assez. Vous excuserez-vous, en soutenant que l'âpreté de la Prusse pour se procurer des ports maritimes légitimait la coquinerie de s'en emparer? Vous vous en êtes ôté le droit, car pour vous, et vous le réitérez en termes formels, la justice, la morale absolues sont de vains mots, sur lesquels on ne saurait fonder l'édifice d'une législation ou d'une pénalité certaines. Elles varient suivant les temps, les lieux et les circonstances. Impossible de les définir. La défense sociale est la seule base rationnelle des perfectionnements législatifs. Sombre tableau et sinistres effets des divergences.

J'avoue n'avoir pas le regret de partager un avis contraire. La justice, la morale ont jusqu'ici été soumises à tous les aléas des oppressions. Au lieu de déserter leur cause, n'est-ce pas plutôt un besoin et un devoir, faisant resplendir leurs bienfaits, d'en faire prévaloir l'autorité ? La notion n'en est pas obscurcie autant que le pense notre collègue ; elle s'impose d'elle-même à quiconque veut sincèrement réfléchir. Elle n'a cessé de progresser à travers les vicissitudes des empires et des civilisations. Jésus a

dit : « Aimez-vous les uns les autres ; qu'aucun ne fasse à à autrui ce qu'il ne voudrait pas qu'on lui fît. » Ce double précepte en est une définition claire et précise, que contiennent, du reste, maints traités de philosophie et de morale. Personnellement, nous-même, dans un opuscule intitulé : « Nature et degré de l'enseignement primaire » (1849), croyons en avoir formulé les conditions scientifiques et sociales, qui consistent, le discernement venant les éclairer, dans le développement harmonique des aptitudes morales et affectives.

Dans son dernier discours comme dans le précédent, M. Dally a fait preuve d'un savoir étendu et d'un talent remarquable. Un nuage, malheureusement, paraît lui avoir dérobé les traits principaux de la vérité. On s'expliquerait difficilement sans cela l'illusion incroyable qui saillit particulièrement dans ses conclusions. En opposant la défense sociale à la responsabilité morale, il s'est imaginé sans doute avoir trouvé une distinction nouvelle. Toujours on a reconnu deux sortes de responsabilités : l'une *morale*, ayant pour sanction le contrôle de la société sur l'ensemble des conduites; l'autre *légale*, qui s'applique à certaines situations civiles ou aux délits et aux crimes. Or, cette seconde forme a identiquement le même objet que la défense sociale de notre collègue. Entre nous c'est seulement une différence de degré de plus ou moins. M. Dally n'hésite pas devant la sévérité des peines, nous inclinons pour des applications tempérées quelquefois par des circonstances atténuantes.

Une remarque en finissant. M. Dally tient à assimiler ma doctrine à celle de M. Fournet. M. Fournet croit à l'âme et au pouvoir de son gouvernement sur nos déterminations. Je n'ai rien à en dire, ayant gardé la neutralité ou mieux ayant placé X entre le spiritualisme et le matérialisme. Mais il étend ce pouvoir, qui, selon Flourens, ne doit point fléchir, aux délires partiels; en quoi je n'ai pu le suivre, attendu que, dans ma pensée, toute résistance vaincue entraîne l'irresponsabilité. Formel est le contraste.

M. Dally. — Tous les criminels dont on a fait l'autopsie présentaient des lésions. La justice donc guillotine des aliénés. C'est là ce qui semble ressortir de la constatation *post mortem*. On le sait, toute la littérature criminaliste est très compliquée et Broca n'a-t-il pas dit : Tout criminel est

un malade ? Alors guillotinez-les tous ou n'en guillotinez pas un seul; que l'on prenne une base, mais que l'on sache à quoi s'en tenir. C'est pour remédier à cet état de choses que j'ai cru devoir entamer la question. Doit-on s'engager plus avant dans cette voie ? c'est là un point que décidera la Société.

Une autre question que je considère comme très importante, est l'inégalité des traitements et des décisions de la justice. Que voulez-vous que pense un juré en présence des contradictions flagrantes résultant de la plaidoirie de l'avocat et du rapport médico-légal?

Je ne sais s'il faut regarder comme juste la tendance qui porte à considérer les criminels comme malades ? Elle existe, je le constate, voilà tout.

M. MAGNAN. — Je suis surpris d'entendre dire que les adhérences des méninges soient chose commune chez les aliénés. Depuis plus de vingt ans que je fais des autopsies, en dehors des alcooliques chroniques, des méningitiques et des paralytiques généraux, je n'en ai jamais rencontré.

M. DALLY. — Ce n'est pas là une opinion qui m'est propre, je ne fais que citer les auteurs d'après lesquels il peut y avoir : 1° des lésions dues à l'action même du couperet; 2° que des lésions graves du cerveau peuvent exister sans qu'il y ait aucun trouble mental.

M. BILLOD. — En dehors des cas d'autopsies indiquées d'alcooliques, paralytiques, méningtiques, M. Magnan a-t-il fait beaucoup d'autopsies ?

M. MAGNAN. — Oui, j'ai eu très souvent occasion d'autopsier des malades morts dans un état de délire aigu tenant à des affections générales.

M. BILLOD. — Dans ces cas, j'ai justement observé plusieurs fois des adhérences.

M. DOUTREBENTE. — Il ne faut pas oublier, au point de vue morphologique, que l'on rencontre ces adhérences à l'état normal chez les dégénérés, les idiots, les singes, les aliénés morts de délire aigu.

M. BOUCHEREAU — Dans ces lésions il faut distinguer : il y a adhérences et épaississement. Si les deux se rencontrent simultanément, c'est que très probablement les individus rentraient dans une des classes indiquées par M. Magnan ; mais chez des guillotinés, il ne peut y avoir que des adhérences et nullement d'épaississement.

M. Delasiauve. — Les lésions rencontrées sont très diverses. On a signalé des défectuosités cérébrales, des parties qui manquent, d'autres qui sont amaigries, etc., sans que pendant la vie l'individu ait présenté le moindre désordre mental.

La solution de cette question me paraît des plus difficiles.

De l'alimentation forcée des aliénés.

M. Régis donne lecture sur ce sujet d'un mémoire e présente une pompe stomacale et une nouvelle sonde (1).

La séance est levée à six heures un quart.

(1) Ce travail a été publié in extenso dans le n° de janvier 1881, p. 53.

Dr Paul Moreau (de Tours).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

(ANNÉE 1880.)

Notre excellent maître et ami, le Dr Doutrebente, tenu éloigné de Paris par ses nouvelles fonctions, et désireux de laisser à de plus jeunes le champ de travail où il s'est acquis pendant dix ans une réputation si justement méritée, vient d'abandonner entre nos mains la *Revue des Journaux français* dans les *Annales médico-psychologiques*.

A défaut de la compétence dont nos prédécesseurs ont fait preuve, nous nous engageons à consacrer à cette Revue tout le zèle dont nous sommes capable, et tous les soins que mérite son importance, qui va croissant de jour en jour.

Après avoir rapidement analysé les travaux spéciaux contenus dans les journaux français de l'année 1880, c'est-à-dire après en avoir fini avec l'arriéré, nous rendrons compte désormais, et d'une façon plus détaillée, des travaux publiés dans le courant même du semestre, ce qui donnera tout au moins à cette *Revue* la valeur de l'actualité.

Tribune Médicale.

1° *De l'aphasie*, leçon de M. Magnan, asile Sainte-Anne, par P. D. (n° du 25 janvier 1880).

La leçon de M. Magnan, résumée dans cet article, porte surtout sur les particularités les moins connues et les plus curieuses de l'aphasie, sur ces phénomènes qu'on a désignés sous le nom de *cécité* et de *surdité des mots*.

2° *De la paralysie générale*, leçon de M. Magnan, asile Sainte-Anne, par P. D. (nos des 29 février et 7 mars).

La première partie de la leçon de M. Magnan a pour but d'établir la fréquence de l'intervention de la moelle dans la paralysie générale progressive. Cette intervention se révèle :

1° symptômatiquement, par les signes de l'ataxie ou des myélites chroniques diffuses, qui précèdent ou accompagnent les symptômes habituels de la paralysie générale ; 2° anatomiquement, par les lésions de la sclérose médullaire. Ces troubles de la moelle dans la paralysie générale paraissent à M. Magnan tellement importants et tellement fréquents, qu'il en est venu à donner à cette maladie le nom d'*encéphalo-myélite chronique, interstitielle, diffuse.* Une dénomination de plus à ajouter à toutes celles qu'elle a déjà reçues.

La seconde partie de la leçon est relative à la symptômatologie de la paralysie générale. L'auteur, se rangeant à l'opinion qui tend à prévaloir à l'heure actuelle, considère le délire comme une simple complication de la maladie; il croit même qu'on ne le rencontre guère que chez les individus « qui seraient probablement devenus délirants alors même qu'ils ne seraient point devenus paralytiques ». Et, à ce propos, M. Magnan fait remarquer, d'après M. Lionnet, que c'est surtout chez ces individus, c'est-à-dire chez les *prédisposés vésaniques*, que l'on observe des rémissions; — fait bien démontré aujourd'hui, mais dont la priorité appartient incontestablement à M. Doutrebente, qui l'avait déjà signalé dans sa thèse en 1870.

3° *De l'épilepsie compliquée d'agoraphobie, à propos d'un fait remarquable observé par le docteur Gélineau* (n°s des 4 et 18 avril).

Observation intéressante d'un jeune homme de 26 ans, névropathe héréditaire, devenu épileptique à la suite de la morsure d'un chien. Les deux points importants à relever dans ce fait sont les suivants : 1° l'aura partait chaque fois des deux doigts mordus, l'index et le médius de la main droite ; 2° la névrose convulsive s'accompagna d'un état très prononcé d'anxiété hypochondriaque qui alla bientôt jusqu'à l'agoraphobie. Les accès convulsifs et l'agoraphobie s'amendèrent notablement, d'ailleurs, sous l'influence surtout de l'hydrothérapie et du chloral.

4° *Historique de la paralysie générale*, leçon de M. le professeur Ball, asile Sainte-Anne, recueillie par M. F. Dassy (n° du 18 avril).

Il faut lire cette magnifique leçon qu'on ne pourrait analyser sans la défigurer, et dont nous citerons seulement l'heureuse conclusion : « Qu'il me soit permis de vous rappeler que l'histoire de la paralysie générale se résume surtout en trois noms :

Bayle, Calmeil et Baillarger, et j'aime à vous faire observer que ces trois noms sont français. »

5° *Sur une distinction nosologique importante à propos de la responsabilité*, par le Dr Audiffrent (nos des 16 et 30 mai).

La distinction dont parle l'auteur, est celle qui existe entre l'aliénation mentale et la folie. Pour lui, l'aliénation consiste dans l'impossibilité où peut se trouver l'individu de conformer ses résolutions, ses actes, aux exigences d'une situation déterminée; elle n'implique donc pas forcément, et d'une façon constante, l'irresponsabilité. La folie, elle, ne consiste pas seulement dans cette impossibilité, où peut se trouver l'individu, de conformer ses actes aux exigences de telle ou telle situation, elle implique toujours un excès de subjectivité, c'est-à-dire l'irresponsabilité permanente et absolue. Aussi, c'est seulement dans l'aliénation mentale et en particulier dans l'aliénation mentale temporaire et intermittente, que se pose la question de responsabilité partielle ou atténuée. Passant à des considérations d'un ordre plus élevé, et d'une portée philosophique plus haute, M. Audiffrent considère avec Auguste Comte l'humanité comme *l'ensemble continu des êtres convergents*. « Or, si l'un des éléments qui la constituent devenait tellement divergent qu'il fût un danger réel pour l'existence collective, bien qu'inconscient de ses actes, il faudrait, en bonne logique, le retrancher en revenant alors aux prescriptions de la morale antique. Il est bon cependant de faire ressortir que la société n'a à exercer aucune vengeance contre le meurtrier ou le coupable quelconques. Elle n'a point à s'armer du glaive vengeur. Elle doit retrancher ou séquestrer simplement, avec calme et sans passion, tous ceux dont l'existence peut constituer un danger pour elle. » Et l'auteur termine son article en faisant entrevoir que les aliénés meurtriers, comme d'ailleurs tous les meurtriers, « disparaîtront d'eux-mêmes quand l'ordre se rétablira dans les cerveaux, par l'avènement de nouveaux principes, capables de sauvegarder les intérêts les plus respectables, que compromet de plus en plus l'anarchie moderne. » (?)

6° *De l'épilepsie chez les animaux domestiques et de la transmissibilité présumée de leur mal à l'homme*, par le Dr Gélineau (nos des 13 et 27 juin).

Très intéressant article, étudiant la possibilité de la transmission de l'épilepsie à l'homme par les animaux domestiques.

Dans la première partie, l'auteur démontre par des exemples et des citations, que la plupart des animaux qui nous environnent, la vache et la chèvre en particulier, sont assez fréquemment sujets au mal comitial. Dans la seconde, il rapporte deux faits curieux, qui semblent confirmer la thèse de la transmissibilité. Le premier surtout, emprunté à M. de Laplaigne, nous paraît probant. Il s'agit d'un ouvrier, âgé de quarante ans, d'une excellente santé, qui, devenu veuf, et n'ayant plus personne pour lui apprêter ses repas, ne vivait depuis plus de six mois, absolument que de pain et du lait d'une vache épileptique. Cet individu devint épileptique à son tour. Le médecin lui ayant conseillé de cesser l'usage du lait de cette vache, les attaques cessèrent. Au bout de quelque temps, on fit la contre-épreuve; le malade reprit son régime alimentaire avec le lait de la vache épileptique; six semaines après, les attaques d'épilepsie reparurent. Le fait est concluant. Le docteur Gélineau termine son article en affirmant que la prudence la plus vulgaire exige que tout animal du sexe féminin, devenu épileptique, soit abattu immédiatement. « Je suis persuadé, dit-il, qu'un certain nombre d'épilepsies survenues dans des familles indemnes, jusque-là, de toute manifestation nerveuse ou diathésique, ne reconnaissent pas d'autre cause, et des recherches soigneusement dirigées de ce côté, prouveront la vérité de ce que j'avance ici. » C'est là, en effet, une question intéressante et qui vaut la peine d'être étudiée.

7° *Spasme de la glotte d'origine hystérique*, par Gouguenheim (n° 629).

Spasme laryngé constituant, suivant l'auteur, une contre-indication à la trachéotomie chez les hystériques qui en sont atteintes.

8° *Le cerveau de l'assassin Menesclou*, par Chudzinski (n° 630).

Ce cerveau pesait 1.382 grammes, c'est-à-dire 32 grammes de plus que le poids moyen. Il offrait en outre un ramollissement général, plus prononcé au niveau des lobes antérieurs, et quelques anomalies morphologiques, telles qu'épaississement des méninges, comme chez les quadrupèdes, et tendance à la calotte à droite.

9° *Diagnostic des maladies de la moelle épinière*, par le Dr W. R. Gowerssl, traduit de l'anglais par le Dr Oscar Jennings (nos 628, 631, 633, 634, 637, 642, 643, 645).

Travail très intéressant à consulter et qui sera analysé ulté-

rieurement, lorsqu'il aura paru au complet. Les articles, publiés jusqu'à ce jour, résument successivement : 1° l'anatomie médicale de la moelle épinière (avec planches et reproductions de coupes); 2° la physiologie de la moelle épinière par rapport aux symptômes des maladies qu'elle présente (courant moteur, courant sensitif, actions réflexes, coordination du mouvement, fonctions de contrôle, nutrition musculaire, osseuse, cutanée, miction et défécation, fonctions sexuelles, centres vaso-moteurs.)

10° *Du traitement du tremblement et des autres troubles de la coordination du mouvement par les bains galvaniques*, par le Dr Constantin Paul (nos 633, 635.)

Le traitement des divers tremblements pathologiques par les bains galvaniques, a donné d'excellents résultats à l'auteur. Voici le bilan des faits sur lequel est appuyé son travail.

1° *Tremblement mercuriel.* Six observations; tous les six malades ont guéri par les bains galvaniques. Chez tous la guérison s'est maintenue à l'exception d'un seul, chez lequel est survenue une rechute qui a demandé quatorze nouveaux bains pour guérir.

2° *Tremblement alcoolique.* Trois observations. Dans les trois cas, deux fois il a suffi de six bains et de sept la troisième pour amener la guérison.

3° *Sclérose en plaques disséminée.* Deux observations. Dans le premier cas, le tremblement a diminué de telle manière, à la suite de vingt bains, que l'usage des mains est redevenu possible. Mais les progrès se sont arrêtés là, et il a été impossible de faire cesser complètement le tremblement. Dans le second cas, les bains galvaniques n'ont produit aucun résultat.

4° *Paralysis agitans.* Une observation. Au bout de cinq ou six bains, le tremblement diminue et la parole devient beaucoup plus facile. Au bout de deux mois, le malade sort de l'hôpital très amélioré.

5° *Chorée.* Deux observations. Dans le premier cas, l'effet a été des plus rapides et le malade a guéri complètement après neuf bains. Dans le second, les bains galvaniques n'ont pas eu d'effet.

6 *Tremblement paralytique.* M. C. Paul a obtenu un beau succès sur un malade affecté d'un tremblement produit par une paraplégie incomplète. Ce malade, après dix-neuf bains, se trouve déjà très amélioré.

7° *Tremblement par irritation spinale.* Trois observations. Les trois malades ont guéri après douze bains.

8° *Ataxie locomotrice.* Les bains galvaniques ont été suivis d'un heureux résultat dans les troubles d'ataxie locomotrice compliquant une paraplégie; mais ils sont restés sans effet et ont même paru dangereux dans la véritable ataxie locomotrice.

Pour les détails techniques concernant le *modus faciendi* du traitement par les bains galvaniques, consulter le travail original du docteur Constantin Paul.

11° *Du rhumatisme cérébral et de son traitement par les bains froids,* par M. Woillez (nos 636, 637, 638).

Après un rapide historique du rhumatisme cérébral, qu'il considère comme un véritable phénomène métastatique, l'auteur établit, pièces en main, que cette redoutable complication du rhumatisme est demeurée à peu près constamment mortelle jusqu'en 1870, tandis que depuis cette époque elle est devenue habituellement curable, grâce à l'emploi des bains froids. Ceux-ci agiraient, d'après M. Woillez, en combattant l'hyperthermie, qui d'ordinaire est excessive, mais surtout en provoquant la réapparition des accidents articulaires, c'est-à-dire en combattant la maladie dans son principe, la métastase. Quel que soit d'ailleurs leur mode d'action, il est certain que les bains froids ont la plus heureuse influence sur le rhumatisme cérébral. Pour sa part, l'auteur a eu cinq fois recours à ce traitement, et cinq fois il a obtenu un succès complet. Voici, du reste, ses conclusions :

1° On doit prescrire avec assurance les bains froids quand au délire se joignent l'atténuation ou la disparition de la fluxion articulaire, et de plus une hyperthermie de 40 degrés et au-dessus. On peut dire qu'alors ils réussissent toujours à procurer la guérison à toutes les périodes de l'évolution du rhumatisme cérébral, qu'il y ait délire, coma ou même imminence de la mort.

2° En second lieu, on doit encore recourir aux bains froids dans le rhumatisme cérébral si, avec le délire, il n'y a pas diminution des symptômes articulaires, mais si l'hyperthermie est manifeste.

3° Les bains froids doivent être remplacés par des révulsifs s'il y a un délire simple, les manifestations articulaires suivant leur cours, et l'hyperthermie faisant défaut.

12° *Des fonctions de l'activité et des maladies qui s'y rattachent*, par le Dr Audiffrent (nos 639, 641, 644, 645).

Article de pure fantaisie psychologique plutôt que de pathologie mentale réelle, dans lequel l'auteur, après avoir presque localisé dans les corps striés les centres du *courage*, de la *prudence* et de la *persévérance*, affirme qu'un grand nombre de maladies qui s'accompagnent de perturbations intellectuelles, reconnaissent pour cause la lésion d'un de ces trois centres qui composent l'activité. L'épilepsie est une maladie de l'organe du courage (?); la paralysie générale une affection dans laquelle la lésion des organes de l'activité se complique de l'altération cérébrale des centres de la vanité, de l'orgueil et de la bienveillance, qui sont contigus à ceux de l'activité (?); la lypémanie une affection ayant son siège dans la lésion des organes de la prudence (?); l'extase, et surtout la catalepsie dans ceux de la persévérance (?).

Le tout entremêlé de nombreuses fleurs jetées au *positivisme*, seule chose du reste, que contienne l'article en fait de *positif*.

13° *Les anomalies de l'ataxie locomotrice. L'arthropathie des ataxiques*, conférence par M. Charcot (n° 643).

Les anomalies les plus fréquentes et les plus remarquables sont la persistance du réflexe rotulien et l'absence de toute ataxie, ce qui conduit M. Charcot à préférer le nom de tabes dorsalis à celui d'ataxie locomotrice que porte ordinairement la maladie. Le professeur a terminé sa leçon par l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'arthropathie des ataxiques.

Progrès médical.

1° *Sclérose latérale amyotrophique*, leçons de M. Charcot, recueillies par E. Brissaud (nos 1, 3).

Article ayant pour but de démontrer l'autonomie et le caractère spasmodique de la sclérose latérale amyotrophique, contrairement à l'opinion du professeur Leyden, qui confond dans un même groupe cette affection et l'atrophie musculaire. A mesure que le nombre des faits grossira, conclut l'auteur, l'unité nosographique de cette affection ressortira avec plus d'évidence, et il en sera de la sclérose latérale amyotrophique

comme il en a été de la sclérose en plaques ou de l'ataxie locomotrice.

2° *Note à l'appui de l'hypothèse de M. Landouzy sur l'existence d'un centre rotateur des yeux*, par le Dr Ch. Abadie (n° 4).

L'action même des muscles rotateurs des yeux, leur solidarité et leur synergie, semble prouver qu'il doit exister un centre rotateur cortical, d'où part l'excitation destinée à diriger les mouvements associés des yeux.

3° *L'hystérie locale et le rhumatisme*, par L. Thaon (n° 6).

Bel exemple d'hystérie locale, greffée sur un rhumatisme banal, survenant pour la neuvième fois. Appelée par le rhumatisme, l'hystérie s'est fixée sur les articulations malades, et les a parcourues toutes l'une après l'autre, suivant pas à pas le rhumatisme, trahissant son passage par l'anesthésie cutanée et des douleurs atroces qui empêchaient tout sommeil. De plus, elle a imprimé une marche toute spéciale au rhumatisme qui a évolué sans fièvre locale et sans fièvre générale, et qui, après avoir cloué la malade au lit pendant trois semaines, a disparu un beau jour, instantanément, sans laisser derrière lui cette anémie profonde qui accompagne toujours les attaques de rhumatisme, et sans être suivi de cette raideur articulaire qui survit à l'inflammation rhumatismale. La conséquence pratique de ce fait est toute naturelle. Le diagnostic de ces états complexes une fois bien posé, au lieu de fatiguer inutilement ses malades de colchique, d'iodure de potassium, et de tous les remèdes employés contre le rhumatisme, il faut songer un peu plus à calmer le système nerveux, combattre l'hystérie plutôt que le rhumatisme.

4° *Détermination du trajet des faisceaux blancs de la moelle épinière par l'étude des dégénérations secondaires*, leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 7).

Notions préliminaires relatives au fonctionnement des divers faisceaux spinaux tel qu'il se révèle dans les recherches expérimentales, et destinées à faciliter l'étude clinique des dégénérations secondaires.

1° La section des faisceaux postérieurs ne modifie en rien les mouvements volontaires.

2° Il est très remarquable que toute la moitié antérieure de la moelle puisse être sectionnée, sans qu'il s'ensuive aucune

modification dans l'exécution des mouvements volontaires. La moitié postérieure suffit à cette transmission. Il n'y a donc pas de fibres longues, directement cérébrales, dans les faisceaux antérieurs.

3° La substance grise peut être coupée dans toute son étendue, les faisceaux antéro-latéraux subsistant, sans qu'il se produise aucune modification dans les mouvements volontaires.

4° Si, au contraire, la substance grise est intacte, et que les faisceaux antéro-latéraux soient coupés des deux côtés, les membres postérieurs sont complètement paralysés, ce qui prouve que la substance grise ne suffit pas à la transmission des incitations volontaires.

5° Dans le cas de section des faisceaux latéraux et postérieurs, l'animal ne se sert que de ses membres antérieurs ; le train de derrière est complètement paralysé.

6° Enfin, si la section est totale, un seul faisceau latéral étant respecté, le membre inférieur du côté sectionné est complètement paralysé. Au contraire, du côté où le faisceau latéral est épargné, le membre obéit encore à la volonté; si on l'étend, l'animal le retire. C'est donc bien par les faisceaux pyramidaux que se fait la transmission des incitations volontaires.

Cependant, la physiologie expérimentale n'a pas encore décidé si c'est par la voie des faisceaux antérieurs ou des faisceaux pyramidaux que s'exerce l'influence modératrice du cerveau sur les actes réflexes. Les faits pathologiques, eux, résolvent la question que l'expérience physiologique laisse indécise.

5° *Séméiologie générale des dégénérations secondaires du faisceau pyramidal*, leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 8).

Un malade, à la suite d'une hémorrhagie intra-encéphalique, est tombé frappé d'une hémiplégie. L'attaque remonte à douze ou quinze jours. Or, la question en litige est la suivante : est-il pour toujours condamné à l'impuissance motrice, ou récupérera-t-il, un jour ou l'autre, l'usage de ses membres paralysés? Il faut se rappeler tout d'abord que la gravité du cas tient à la situation des parties lésées, et qu'en particulier lorsque les fibres de la capsule interne ont été déchirées, pour peu que la déchirure porte sur celles de ses fibres qui appartiennent au faisceau pyramidal, la vie du malade n'est pas en danger,

il est vrai, mais l'intégrité des mouvements est définitivement compromise dans les membres frappés d'hémiplégie.

Est-il possible, maintenant, de reconnaître cliniquement, à de certains caractères, chez des individus hémiplégiques depuis quatorze ou quinze jours, que le faisceau pyramidal a été détruit sur un point de son parcours, ou, autrement dit, la dégénération secondaire se révèle-t-elle par des symptômes qui lui soient propres? Le grand symptôme révélateur, dans l'espèce, est la *contracture tardive des hémiplégiques*. Mais il ne se manifeste habituellement que vers le deuxième ou le troisième mois après l'attaque. Dès lors, il faut porter son attention sur un autre phénomène à apparition plus rapide, phénomène connu en France sous le nom de trépidation provoquée, d'épilepsie spinale provoquée, et en Allemagne sous le nom de phénomène du pied ou clonus du pied. Il consiste en une série de secousses dont l'ensemble constitue une sorte de mouvement rhythmé, et qui apparaissent lorsque, plaçant une main sous le jarret de façon que la jambe du malade soit abandonnée à elle-même ballante, on relève brusquement avec l'autre main la pointe du pied. Ce phénomène est à peu près constant quand la contracture tardive s'est produite, et souvent, la précède de quelques semaines. Il en est de même du phénomène de la main, provoqué ou spontané, mais qui est beaucoup plus rare que celui du pied. Ces symptômes rendent très vraisemblable l'existence de la dégénération secondaire.

6° *Note sur l'état des nerfs périphériques dans l'empoisonnement lent par le plomb chez le cochon d'Inde,* par le Dr Gombault (n° 10).

Il résulte des faits exposés par l'auteur que, sous l'influence de l'empoisonnement lent par le plomb, il se produit chez l'animal en expérience une névrite parenchymateuse circonscrite, multiloculaire, différant des formes de névrite de cause interne jusqu'ici admises.

7° *Des réflexes tendineux dans les dégénérations secondaires de cause cérébrale. Influence de la noix vomique sur la production de la contracture*, leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 11).

Article faisant suite à celui signalé plus haut, et dans lequel sont étudiés les divers réflexes, analogues au phénomène de la main et du pied, qui se produisent chez les hémiplégiques. Le

réflexe patellaire, réflexe du tendon rotulien, phénomène du genou, clonus du genou, qui du reste existe chez l'homme sain, est exagéré chez les hémiplégiques. Il existe aussi chez eux des mouvements associés ou syncinésies, comme les appelle M. Vulpian, et qui consistent dans la production spontanée, dans le membre paralysé, de mouvements semblables à ceux exécutés par le membre demeuré sain.

La noix vomique exagère ou produit de toutes pièces les réflexes tendineux, et détermine l'apparition persistante de la contracture chez les hémiplégiques, ce qui démontre que les réflexes tendineux et la contracture sont des phénomènes connexes.

8° *De la contracture tardive des hémiplégiques et de ses variétés cliniques*, leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (nos 12, 13).

Un traumatisme portant sur les membres paralysés peut avoir pour résultat de provoquer ou d'exagérer les contractures permanentes. Avant de s'installer d'une façon définitive, vers le milieu du deuxième mois en général, la contracture tardive apparaît d'abord, de temps à autre, d'une façon passagère, pour disparaître et réapparaître de nouveau avant de devenir permanente. Dans l'immense majorité des cas, c'est le membre supérieur qu'elle occupe en premier lieu. Les muscles antagonistes sont également contracturés, de sorte que tout mouvement, soit de flexion, soit d'extension, est impossible.

Aussi la contracture des hémiplégiques n'est-elle pas une rigidité passive ; elle répond au contraire à un état d'activité musculaire ; c'est une contraction durable, permanente, analogue au tonus musculaire. Comme le tonus musculaire, d'ailleurs, elle dérive d'une action spinale exagérée et permanente, et c'est ce qui explique pourquoi les substances qui augmentent l'activité spinale, comme la strychnine, provoquent ou exagèrent la contracture aussi bien que les réflexes tendineux. L'attitude des membres contracturés se rapporte dans la règle à un type fondamental : au bras, la flexion prédomine ; dans les membres inférieurs, c'est l'extension. La contracture peut, dans certains cas, s'étendre à la face, dans le domaine du facial inférieur. Le plus souvent, la contracture persiste telle quelle jusqu'à l'apparition de l'atrophie musculaire et de la rétraction ligamenteuse ; quelquefois, mais rarement, cependant, elle s'amende dans une certaine mesure.

9° *Hémiplégie spasmodique de l'enfance. — Mouvements associés. — Indépendance des arcs diastaltiques pour les réflexes tendineux et cutanés.* Leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 14).

L'hémiplégie spasmodique infantile présente les mêmes types et les mêmes variétés de contracture que l'hémiplégie de l'adulte, avec le raccourcissement presque constant des membres paralysés en plus.

Les contractures, toutes permanentes qu'elles sont, peuvent subir à certains moments quelques modifications légères. Il est certain en effet que le repos au lit, le sommeil peuvent avoir pour effet de rendre momentanément plus flexibles les membres paralysés ; d'un autre côté, et c'est là un phénomène beaucoup plus intéressant, la contracture reparaît dans toute son intensité dès que le malade se lève ou qu'il veut exécuter un mouvement, soit avec le membre malade, soit avec le membre sain. Bien plus, si la contracture siège à droite et qu'on invite le malade à soulever un poids de la main gauche, la contracture s'accentue de plus en plus, proportionnellement au poids. Ces faits rentrent dans la catégorie des syncinésies ou mouvements associés.

Les réflexes tendineux et cutanés sont vraisemblablement représentés dans la substance grise par deux systèmes diastaltiques distincts. L'observation clinique démontre, en effet, que si ces deux modes d'activité réflexe spinale sont souvent affectés simultanément, ils peuvent être néanmoins fréquemment aussi affectés séparément.

10° *De l'excitabilité du nerf dépresseur avant la piqûre du plancher du 4e ventricule, et à divers moments après cette piqûre*; par M. Laffont (n° 14).

11° *Rôle physiologique du faisceau pyramidal dans la contracture permanente, hémiplégie, myélite par compression, tabes dorsal spasmodique.* Leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 15).

Des relations anatomiques, vraisemblablement très directes, paraissent exister entre les extrémités terminales des fibres nerveuses du faisceau pyramidal et les cellules motrices des cornes antérieures, dans toute la hauteur de la moelle épinière. Ainsi communiquée aux cellules motrices, la lésion du faisceau pyramidal, n'y déterminant que des effets purement dynami-

ques, sans aucune altération matérielle appréciable, produit la contracture, à la façon de l'intoxication strychnique, mais avec la permanence en plus. Aussi, la contracture permanente n'est pas une fonction du faisceau pyramidal, elle n'est que la conséquence médiate de sa lésion; mais il n'en est pas moins certain que partout où la sclérose des faisceaux pyramidaux existe à un degré quelconque, la contracture permanente figure parmi les symptômes habituels (hémiplégie, myélite par compression, tabes dorsal spasmodique).

12° *Myélites transverses. Tabes dorsal spasmodique*. Leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (n° 18).

En dehors des cas vulgaires de myélite transverse (par compression, syphilitique, etc.), il existe un genre de paraplégie spasmodique qui a paru assez spécial à quelques médecins pour constituer une maladie autonome, se rattachant vraisemblablement à une lésion de localisation spéciale. Dans ce cas, les symptômes de la paralysie spasmodique se montrent en quelque sorte isolés de tout autre symptôme, depuis l'origine jusqu'à la terminaison du mal, sans altération de la sensibilité, sans trouble dans les fonctions du rectum, de la vessie, etc., sans douleurs pseudo-névralgiques, sans accidents céphaliques concomitants. L'affection se caractérise particulièrement aussi par une évolution lente, et par une tendance marquée à l'envahissement progressif des membres supérieurs. Il est vrai que, jusqu'à ce jour, l'observation anatomo-pathologique n'a fourni aucune preuve de l'autonomie de cette maladie; toujours est-il qu'en attendant, la description clinique mérite de subsister par elle-même.

M. Erb, qui le premier l'a décrite à part, en 1875, l'a désignée sous le nom de paralysie spinale spasmodique. M. Charcot, en 1876, l'a appelée tabes dorsal spasmodique, le terme de « paralysie spasmodique » ne pouvant représenter qu'un syndrome commun à plusieurs maladies spinales.

13° *Faits pour servir à l'histoire des contractures*; par E. Brissaud et Ch. Richet (n°s 19, 23, 24).

La contracture est le raccourcissement plus ou moins durable d'un ou de plusieurs muscles, lesquels ne peuvent plus être relâchés par l'influence de la volonté.

1° La contracture peut être déterminée par un traumatisme

ou une contraction forte dans l'état de somnambulisme et chez des malades atteintes d'hystéro-épilepsie.

2° La méthode graphique démontre que la contracture n'est pas le raccourcissement maximum du muscle, mais que c'est un état intermédiaire entre le tétanos physiologique maximum du muscle et son relâchement.

3° Il existe une forme spéciale et rare de contracture hystérique, dite cataleptique, dans laquelle les muscles sont dans un état particulier intermédiaire à la catalepsie et à la contracture.

4° L'excitabilité du muscle reste à peu de chose près la même, soit pendant le somnambulisme provoqué, soit pendant l'état de veille, qu'il y ait contracture, catalepsie ou relâchement.

5° L'anémie totale d'un membre contracturé, obtenue par l'application de la bande d'Esmarch, produit les résultats suivants : 1° la contracture disparaît cinq à dix minutes après l'anémie totale du muscle; 2° l'irritabilité du muscle aux incitations volontaires disparaît 15 à 25 minutes après l'anémie totale; 3° l'irritabilité du muscle à l'électricité ne disparaît complètement qu'au bout de deux heures. Si le muscle, d'abord contracturé, puis anémié, est ensuite rendu à la circulation générale, on voit aussitôt la contracture se produire de nouveau avec autant, souvent plus de force qu'auparavant.

Ces contractures toniques ne sont autre chose que des contractures réflexes.

14° *Des amyotrophies spinales et des localisations dans la substance grise de la moelle épinière*. Leçon de M. Charcot, recueillie par E. Brissaud (no 21).

Il existe des lésions systématiques de la substance grise de la moelle épinière. Ces lésions systématiques, au moins celles connues à l'heure actuelle, affectent de se cantonner dans une région toujours la même, celle des cornes antérieures. On les a appelées polyomyélites antérieures systématiques, aiguës ou chroniques. Elles se présentent, dans la clinique, avec un certain nombre de traits communs.

1° Les muscles sont frappés d'impuissance motrice, et sont en outre le siège de lésions trophiques plus ou moins profondes.

2° Les muscles de la vie animale sont seuls intéressés, ou tout au moins les muscles de la vessie et du rectum resten indemnes.

3° Il n'existe, dans ces affections, aucune modification, sinon accidentelle et transitoire, de la sensibilité.

4° Dans la plupart des cas, surtout dans les formes aiguës ou subaiguës, les divers réflexes sont diminués ou abolis.

En raison de leur symptôme dominant, la lésion musculaire trophique,ces altérations ont été parfois désignées sous le nom d'amyotrophies spinales; protopathiques, lorsque la lésion des cornes antérieures est le fait fondamental ; deutéropathiques, lorsqu'elle n'est qu'accidentelle, consécutive à diverses affections de la moelle épinière.

1° Dans la classe des amyotrophies spinales protopathiques aiguës on trouve : *a*) l'espèce paralysie spinale de l'enfance ; *b*) la paralysie spinale de l'adulte.

2° Dans la classe des polyomyélites antérieures subaiguës, la paralysie générale spinale antérieure subaiguë, de Duchenne.

3° Enfin la polyomyélite antérieure systématique chronique est représentée par la forme d'amyotrophie qu'Aran et Duchenne ont décrite sous le nom d'atrophie musculaire progressive, et qu'on appelle aussi quelquefois amyotrophie spinale progressive protopathique.

Pour ce qui est des amyotrophies spinales deutéropathiques, elles peuvent s'observer :

1° Dans certaines lésions spinales diffuses non systématiques, myélites centrales dans le mode aigu, sclérose péri-épendymaire, méningite spinale hypertrophique, sclérose en plaques dans le mode chronique.

2° Dans certaines lésions systématiques, telles que la sclérose postérieure, et surtout la sclérose latérale amyotrophique, dans laquelle la lésion des cornes antérieures fait en quelque sorte partie intégrante de la maladie.

15° *Leçons sur les affections nerveuses locales;* par B. Brodie, traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre (nos 26,27, 28 29).

Description de la forme et de l'évolution spéciales que la diathèse hystérique peut imprimer aux diverses affections locales, de quelque nature qu'elles soient. L'observation de rhumatisme hystérique de M. Thaon dont nous avons donné plus haut la substance, est un exemple remarquable de ces manifestations locales de l'hystérie, sous une forme qui paraît absolument étrangère à la nature de cette affection nerveuse.

16° *Spina bifida. Paraplégie complète. — Hydrocéphalie. — Traitement de la tumeur par les injections d'alcool.*

— *Autopsie;* par Béringier, interne des hôpitaux (no 29).

17° *Sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau, sans troubles correspondants de la motilité* ; par A. Pitres (no 30).

18° *Nouveaux faits relatifs à l'étude des localisations cérébrales*; par A. Pitres (no 32).

Plusieurs observations de lésions cérébrales limitées, venant toutes à l'appui de la doctrine des localisations cérébrales et destinées, dans la pensée de leur auteur, à multiplier les preuves, à accumuler les faits, de façon à convaincre les hésitants et à ramener les incrédules.

19° *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème (cachexie pachydermique);* par Bourneville et d'Olier (no 35).

Observation d'un crétin idiot qui présentait d'une façon très manifeste cet état œdémateux et rénitent général de la peau, décrit dans ces derniers temps sous le nom de cachexie pachydermique ou myxœdème.

20° *Un idiot jeûneur ;* par Bourneville (no 36).

Observation d'un idiot sujet à des accès de jeûne, variant de 3 à 28 jours.

Une simple réflexion à cet égard. Avec les moyens précieux dont on dispose aujourd'hui pour alimenter artificiellement les sitiophobes, c'est-à-dire les malades qui refusent de manger, le premier devoir du médecin est de recourir à l'alimentation forcée dès que l'abstinence se prolonge au delà de deux jours. Laisser le malade jeûner à volonté, et l'abandonner à lui-même autant de temps qu'il persiste dans son refus de nourriture, comme on l'a fait dans le cas rapporté par M. Bourneville, c'est là une abstention des plus regrettables, et qu'on ne saurait expliquer.

21° *Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca* ; par G. Ballet, interne des hôpitaux (no 37).

Expérience très intéressante, et qui démontre la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère cérébral gauche. La voici en quelques mots. Disons tout d'abord que chez une malade hypnotisée, si l'on vient à ouvrir l'un des yeux en laissant l'autre clos, l'hémisphère cérébral qui répond à l'œil resté clos est ainsi en hypnotisme, tandis que celui qui correspond à l'œil ouvert est en catalepsie. L'un des côtés du corps présente alors les caractères constitutifs de sommeil léthargique, tandis

que le côté opposé revêt ceux de l'état cataleptique; on a, sur le même sujet, une hémi-léthargie et une hémi-catalepsie. Or, il ne faut pas l'oublier, en raison de l'entrecroisement des fibres des nerfs optiques, c'est l'hémisphère droit qui correspond à l'œil gauche et l'hémisphère gauche à l'œil droit. Voici maintenant l'expérience. Une malade est hypnotisée; si on l'invite à parler, à écrire, à faire des gestes, elle obéit. Ouvrons l'œil gauche, l'hémisphère droit est en catalepsie. La malade peut encore écrire, dessiner, etc., si on le lui ordonne. Fermons l'œil gauche et ouvrons l'œil droit, l'hémisphère gauche est en catalepsie. La malade devient incapable de parler, d'écrire, etc. On peut varier l'expérience. Une malade hypnotisée parle, récite ou écrit; si, au moment où elle accomplit un de ces actes, on vient à fermer l'œil gauche, elle continue à parler, à réciter ou à écrire; si on ferme l'œil gauche et qu'on ouvre le droit, elle interrompt aussitôt la manifestation parlée ou écrite du langage à laquelle elle se livrait, pour la reprendre dès que, fermant l'œil droit, on ouvre à nouveau l'œil gauche.

La conclusion de ces faits se tire d'elle-même, et ils démontrent surabondamment que c'est bien l'hémisphère gauche qui est préposé à la fonction du langage dans ses diverses modalités, puisqu'il suffit, pour supprimer cette fonction, d'abolir momentanément l'action de l'hémisphère.

22° *Nouveau fait relatif aux localisations cérébrales. — Du centre psycho-moteur de la face*; par O. Ballet, interne des hôpitaux, (n° 38).

Cas très net de paralysie primitivement liée au domaine du facial inférieur, avec une lésion circonscrite de la partie inférieure de la frontale ascendante.

23° *Epilepsie, délire, idées de suicide; mort par érysipèle de la face. — Inégalité des hémisphères; anomalies des circonvolutions;* par H. d'Olier, interne des hôpitaux (n° 41).

24° *Mélano-sarcome du pied. — Généralisation. — Tumeur cérébrale de même nature. — Aphasie. — Mort*; par Ozenne, interne des hôpitaux (n° 41).

25° *Kystes hydatiques de l'hémisphère gauche du cerveau (zone motrice). — Epilepsie partielle du membre supérieur droit;* par G. Ballet et F. Lalesque, internes des hôpitaux (n° 43).

26° *D'une variété non décrite de phénomène post-hémiplégique (forme hémiataxique)*; par le Dr J. Grasset (n° 46).

Contractions anormales survenant à la suite de l'hémiplégie, se distinguant de tous les tremblements par leur irrégularité, et se différenciant de l'hémichorée en ce qu'elles ne se produisent pas au repos et ne se développent que dans les actes volontaires. L'auteur rapproche ces contractions anormales des phénomènes ataxiformes que l'on observe chez certains paralytiques généraux; de plus, dans le cas cité par lui, les lésions trouvées à l'autopsie étaient les mêmes que dans la paralysie générale, avec cette seule différence que les foyers, au lieu d'être corticaux superficiels, siégeaient à quelque distance des méninges.

27° *Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme*; par Bourneville et d'Olier (nos 47, 48).

Observation détaillée d'un jeune homme hystérique, d'après laquelle les auteurs concluent à l'identité des manifestations hystériques dans les deux sexes, à part peut-être en ce qui concerne les troubles de la sensibilité morale, ceux-ci empruntant sans doute un caractère distinctif à la constitution particulière de la femme.

28° *De l'élongation des nerfs chez les ataxiques comme traitement des douleurs fulgurantes*; par A. Blondeau (n° 50).

L'élongation des nerfs, chez les ataxiques, est une opération de date toute récente qui a pris naissance en Allemagne. Les chirurgiens de ce pays l'ont pratiquée dans trois cas d'ataxie douloureuse, et ils ont obtenu non seulement la guérison ou l'amélioration des douleurs fulgurantes, mais aussi une diminution de l'incoordination motrice. M. Debove a eu l'idée d'essayer ce traitement chez un malade de son service, auquel M. Gillette, appelé comme opérateur, élongea le nerf sciatique gauche. A la suite de cette opération, les douleurs fulgurantes ont cessé complètement, l'incoordination motrice a presque disparu, et M. Charcot a pu montrer dans un de ses cours ce malade, qui jusque-là grabataire et incapable de se mouvoir, a pu exécuter quelques mouvements, se tenir debout sans osciller, et faire même quelques pas.

29° *De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice;* par H. d'Olier (n° 52).

M. Debove, encouragé par le premier succès qu'il a obtenu,

a essayé cette opération chez un second ataxique auquel M. Gillette a élongé le nerf radial et le médian du côté droit. Chez ce malade, comme chez le premier, les douleurs fulgurantes ont considérablement diminué dans le membre supérieur droit et disparu dans le membre supérieur gauche, ainsi que dans les membres inférieurs. L'anesthésie plantaire s'est notablement amendée du côté gauche; enfin, l'incoordination motrice a été très améliorée; la marche est devenue possible sans appui.

E. RÉGIS.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of insanity

(Année 1877.)

NUMÉRO DE JANVIER

Recherches d'anatomie pathologique; par le Dr Gray.

L'auteur, pour faire suite à un travail antérieur sur le même sujet (V. *Annales médico-psychologiques*, 1878, t. XX, p. 158), a montré à l'Association des médecins aliénistes américains, réunie à Auburn, en mai 1875, une série de projections de photographies micrographiques relatives à l'anatomie, tant normale que pathologique, des différents éléments du système nerveux.

A cette occasion il a exposé, sur l'évolution des altérations de tissus, des idées générales dont les principales se rattachent à la distinction à faire entre l'infiltration et l'involution des éléments anatomiques.

Les lois pathologiques auxquelles le cerveau est soumis sont les mêmes que celles qui affectent les autres parties de l'organisme; seulement les processus étant les mêmes, les produits varient d'après la structure des organes atteints, et comme, dans l'état de nos connaissances, la cellule est, en définitive, l'élément ultime auquel sont liés les phénomènes vitaux, ce sont les altérations des cellules qui ont le plus d'importance.

Ces altérations répondent à deux types très différents l'un de l'autre, l'infiltration et l'involution. L'infiltration est un processus passif, chimique et rétrograde, consistant dans un dépôt de produits normaux en excès; elle présente quatre variétés d'après la nature des éléments déposés, qui sont des corpuscules amyloïdes, calcaires, pigmentaires ou graisseux.

L'involution, au contraire, est un processus actif, physiologi-

que et progressif dans lequel les éléments primitifs sont envahis, détruits et remplacés par des produits nouveaux qui s'attaquent toujours, dès le principe, au nucleus de la cellule atteinte ; il y a aussi quatre degrés d'involution qui sont la dégénérescence graisseuse, le gonflement nuageux, le ramollissement mucoïde, et la dégénérescence colloïde.

L'auteur décrit successivement ces huit modes différents d'altération élémentaire, et explique comment les variations vasculaires hyperhémiques et oligo-hémiques des différentes régions cérébro-spinales peuvent être le point de départ de leur production dans les vaisseaux sanguins, dans les vaisseaux et espaces lymphatiques, dans les cellules et les fibres nerveuses et enfin dans le tissu connectif ou névroglie.

On voit que ce plan d'exposition est très large et très méthodique et que, si chacune des questions dont la place y est indiquée recevait une réponse précise et définitive, nous serions bien avancés dans la connaissance des altérations pathologiques du système nerveux liées à la folie.

Le cas de Mme Norton; par le Dr Ordronaux, inspecteur du service des aliénés pour l'Etat de New-York.

Le Dr Ordronaux a eu à faire un rapport dans une affaire qui montre à quel point, en Amérique comme en Europe, les chefs des asiles d'aliénés peuvent voir leur responsabilité soudainement engagée, de la manière la plus grave, par les agents subalternes qu'ils sont obligés d'employer pour la garde et le traitement des malades.

Une dame Norton, de New-York, fut placée le 22 janvier 1874 à l'asile de Bloomingdale ; elle était affectée d'un accès de folie puerpérale à forme dépressive ; elle quitta l'asile le 24 décembre de la même année, sans être complètement guérie. Pendant une partie de son séjour dans l'asile, elle avait refusé obstinément de prendre aucun aliment, et l'on avait été obligé de la nourrir de force; elle était tourmentée par des hallucinations terrifiantes; elle se trompait sur la personnalité de toutes les personnes qu'elle voyait, les prenant indistinctement pour son mari ou ses enfants et s'attachait à leurs vêtements; elle s'engageait dans toutes les portes ouvertes, en sorte qu'il lui arriva quelquefois d'y avoir les mains serrées.

Un an environ après sa sortie de l'asile, elle parla, pour la première fois, à son mari de mauvais traitements dont elle aurait été l'objet de la part d'une infirmière nommée Jane

Eaton; elle accusait celle-ci de l'avoir frappée, de lui avoir volontairement écrasé les deux mains dans les portes et de l'avoir blessée à la gorge en voulant la faire manger de force.

En examinant la gorge de Mme Norton, on constata alors que le voile du palais était complètement déformé et que le pilier antérieur gauche était adhérent au côté correspondant de la luette ; cette adhérence devait être consécutive à une ulcération étendue de ces régions.

Le mari intenta aux administrateurs de l'asile un procès sur lequel le Dr Ordronaux eut à se prononcer.

Par l'analyse attentive qu'il fit des symptômes constatés chez Mme Norton, il fut établi que celle-ci, bien qu'en apparence rétablie, avait conservé, à bien des égards, sur les faits qui s'étaient passés pendant sa maladie, des souvenirs confus et incomplets; qu'elle attribuait à Jane Eaton des actes que celle-ci n'avait pas commis et qu'elle ne se rappelait pas des actes commis par d'autres personnes auxquelles elle avait eu affaire. On ne pouvait donc pas s'en rapporter à son témoignage.

Il fut établi également qu'elle opposait une résistance désespérée aux efforts que l'on faisait pour la faire manger, et que, dans ces luttes journalières, elle avait pu se blesser elle-même le fond de la bouche sur la cuiller qu'on était obligé d'y introduire de force. On ne pouvait donc rendre ni l'infirmière, ni les administrateurs de l'asile responsables en pareil cas.

Mais, ceci accordé, il reste à se demander comment une ulcération assez étendue, et assez profonde pour laisser après elle une déformation aussi grande que celle constatée, ulcération qui a dû s'accompagner de gonflement et de douleur, et durer un temps assez long, a pu passer complètement inaperçue des infirmiers et des médecins.

M. Ordronaux a cru pouvoir en inférer qu'il devait exister quelque insuffisance dans la surveillance intérieure de l'asile ; il a recommandé aux administrateurs d'exiger du personnel de surveillance des rapports écrits journaliers et détaillés, et il a enjoint de nommer un employé spécialement chargé de surveiller et de diriger le personnel des infirmiers.

Nous ne pouvons qu'adhérer à ces conseils, tout en nous étonnant qu'un grand asile ait pu exister jusqu'à ce jour à New-York, sans avoir de surveillant en chef.

Mais il est un autre enseignement qui, pour nous, ressort de cette affaire ; c'est que les médecins d'asile doivent s'occuper eux-mêmes de l'alimentation des malades qui refusent de man-

ger, et qu'il est imprudent de se reposer de ce soin sur de simples infirmiers.

NUMÉRO D'AVRIL.

De la paralysie générale; par le Dr Macdonald.

Il s'agit d'une sorte de conférence sur cette affection, faite par le médecin de l'asile des hommes de la ville de New-York devant un public de médecins étrangers à la spécialité.

Les principales particularités de la maladie sont indiquées d'une manière exacte et intéressante ; on pourrait cependant reprocher à l'auteur d'avoir, dans la partie descriptive, pris trop exclusivement comme type la forme expansive de l'affection; les formes dépressives, et celles dans lesquelles la démence apparaît d'emblée, ne sont pas moins importantes à connaître. Il paraît que la notion de l'existence de la paralysie générale a été longtemps sans pénétrer en Amérique, même parmi les médecins spécialistes.

« Ce fut, dit l'auteur, en 1843 qu'elle fut reconnue pour la première fois par le Dr Luther Bell, de l'asile de Maclean, près Boston, qui, après avoir étudié la maladie à l'étranger, en constata quinze cas en l'espace de trois ans. »

Si aujourd'hui, la paralysie générale est bien connue de tous les médecins d'asile, elle est loin d'être familière aux médecins ordinaires, à ceux par conséquent auxquels s'adresse le Dr Macdonald ; il résulte, en effet, d'un relevé fait par lui que, sur trente-cinq certificats d'admission relatifs à des aliénés paralytiques, la nature de l'affection n'a été reconnue que trois fois ; les médecins des établissements publics la connaissent un peu mieux, car ils ont fait un diagnostic exact dans treize cas sur quatre-vingt-cinq.

En France, la paralysie générale a été signalée vingt ans plus tôt qu'en Amérique ; mais nous ne savons pas si elle est beaucoup mieux connue de l'ensemble des médecins ordinaires.

De la curabilité de la folie; par le Dr Pliny Earle.

Longue dissertation au point de vue humanitaire et à celui de l'économie politique ; à l'aide de beaucoup de calculs et de citations, l'auteur arrive à confirmer cette notion généralement admise que, plus tôt les personnes affectées d'aliénation mentale sont placées dans les asiles, plus elles ont de chance de se rétablir ; mais il fait remarquer, en même temps, que les ma-

ladies mentales, même récentes, sont beaucoup moins souvent curables qu'on ne se le figure parfois dans le monde, et que n'ont contribué à le faire croire beaucoup de rapports d'asiles publics, il y a trente ou quarante ans. A cette époque, plusieurs médecins aliénistes des Etats-Unis arrivaient, par la manière dont ils combinaient les chiffres de leurs statistiques, à établir que dans les cas aigus et récents, on pouvait obtenir 80, 85, 90, 95 et même 100 p. 100 de guérisons. Les statistiques contemporaines sont loin de reproduire ces chiffres fantastiques; partout la proportion des guérisons a baissé d'une manière considérable, et on doit reconnaître que ces derniers résultats sont beaucoup plus conformes à la réalité que les anciens.

NUMÉRO DE JUILLET.

De la cérébration automatique dans ses rapports avec les localisations cérébrales; par le Dr Baudrie.

Sous ce titre, qui ne donne pas une idée exacte du sujet traité, l'auteur s'élève contre la tendance de certains physiologistes à ramener tous les actes humains à de pures actions réflexes, déterminées d'une manière fatale et inconsciente, par la nature des phénomènes sensitifs centripètes.

Il se refuse à croire que, là où on a admis jusqu'à présent une âme, des mouvements volontaires, un jugement libre, des actions portant le caractère indépendant de l'intelligence et le sceau de l'énergie personnelle, il ne faille voir qu'une série de réactions aveuglément automatiques, n'ayant pas même la conscience de leur fatalité. Pour lui, il veut rester fidèle au principe *mens agitat molem*, et sans méconnaître que le cerveau soit l'instrument nécessaire de l'intelligence, il persiste à proclamer l'existence d'un principe supérieur, libre et dirigeant.

La structure des vaisseaux des centres nerveux; par M. Théodore Deeke.

M. Deeke, spécialement chargé des études anatomiques à l'asile d'Utica, consacre ce travail à discuter les opinions récemment émises par Oberstein sur la structure de l'appareil vasculaire des centres nerveux.

Il étudie successivement les artères, les veines et les capillaires.

Au lieu de quatre tuniques dans les artérioles cérébrales, il en admet six et même sept, chacune des trois tuniques internes généralement admises étant, à son avis, composée de deux cou-

ches distinctes. Quant aux veines, il admet de même quatre couches au lieu de trois, la tunique interne étant d'après lui composée de deux couches différentes.

Il discute la nature de la tunique externe ou adventice, et il considère celle qui entoure les artères comme plus différente de celle qui entoure les veines que cela n'est généralement dit.

Les capillaires sont constituées par une délicate membrane endothéliale, lâchement enveloppée dans la gaîne lymphatique.

Cette dernière forme donc, autour de tout le système vasculaire du cerveau, une enveloppe uniforme et lâche qui n'est nulle part contigue à la couche sous-jacente. Dans l'intervalle il existe un espace libre, le canal lymphatique de Virchow et de Robin.

Protection mécanique des aliénés violents; par le Dr Eugène Grisson.

Ce travail, réuni à beaucoup d'autres sur le même sujet, fera l'objet d'une analyse spéciale et collective.

Katatonia, forme clinique de la folie; par le Dr Kiernan.

L'auteur rappelle que M. le Dr Kahlbaum, médecin de l'asile privé de Gorlitz (Prusse), a décrit sous le nom de katatonia une nouvelle forme de maladie mentale caractérisée par l'irrégularité, ou pour mieux dire, le délire de la tension musculaire et intellectuelle. Elle se rapprocherait de l'affection décrite par Maudsley sous le nom de folie de la puberté, et, par Bucknill et Tuke, sous celui de choréomanie. Elle débuterait, comme toutes les autres formes de folie, par un changement dans le caractère du malade, et présenterait à certaines périodes des mouvements rythmiques bien caractérisés, mais restant toujours sous le contrôle de la volonté. Elle aurait une marche circulaire, des périodes maniaques, mélancoliques et cataleptoïdes alternant avec des attaques convulsives plus ou moins imparfaites; il y a aussi des idées de grandeur et de la tendance à agir et à parler d'une manière théâtrale. On observe fréquemment des manifestations érotiques alliées à des tendances religieuses. A toutes les périodes de la maladie, il peut se produire des rémissions ou même une véritable guérison; dans les cas défavorables, les périodes d'excitation et de stupidité reviennent avec plus ou moins de fréquence et le malade finit par succomber dans un état de démence terminale.

Nous avons eu soin de traduire presque textuellement cette

description symptomatologique, laissant à nos lecteurs le soin de juger si elle fournissait les éléments d'une nouvelle entité morbide nettement définie, ou facilement reconnaissable. Pour nous, nous avons été impuissant à les y discerner.

L'auteur croit cependant que la katatonia présenterait une lésion anatomique spécifique, qui serait l'inertie de centres vaso-moteurs dont les effets nuisibles consécutifs seraient concentrés dans la profondeur et au pourtour de la scissure de Sylvius (?).

A l'occasion du traitement, il recommande la faradisation des muscles du thorax, comme moyen prophylactique contre l'éventualité de la production de tubercules dans les poumons.

Est-ce là un mode de traitement préventif de la phthisie, en pratique de ce côté-ci de l'Atlantique ?

Association fréquente des affections de l'oreille et de la folie; par le D Catlett.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles des lésions diverses de l'appareil auditif ont été trouvées chez des aliénés affectés d'hallucinations de l'ouïe, et il pense qu'entre ces deux phénomènes il y a une relation de cause à effet. Cette coexistence s'observerait plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Il se demande si la fréquence du catarrhe nasal, et surtout l'emploi contre cette affection des remèdes et instruments à la mode, douches, seringues, etc., ne seraient pas une cause productive de nombreuses altérations consécutives de l'appareil de l'ouïe.

NUMÉRO D'OCTOBRE.

Fonctions du système nerveux du grand sympathique; par le Dr Bucke.

Longue dissertation que l'auteur résume, lui-même, de la manière suivante :

Le système cérébro-spinal est un énorme et complexe appareil sensitivo-moteur, dont la portion sensitive est couronnée par un ganglion chargé de l'idéation. Le cerveau, et dont la partie motrice est couronnée par un ganglion chargé de la coordination des mouvements: le cervelet ; le grand sympathique, lui aussi, est un appareil nerveux sensitivo-moteur, mais il n'est couronné par aucun ganglion ; ses fonctions sensitives motrices ne diffèrent pas plus de celles du système cérébro-spinal que ses

cellules et ses fibres ne diffèrent de celles de ce système. Ses fonctions efférentes ou motrices s'exercent sur les muscles non striés ; ses fonctions afférentes ou sensitives constituent le mode spécial de sensation que nous appelons émotions. Il existe un mode de coordination pour les mouvements et les sensations ordinaires, mais il n'en existe aucun pour les émotions ; c'est pourquoi dans le domaine de la nature morale, il y a bien des phénomènes de développement, mais il n'y a pas de procédé d'instruction. Aussi voit-on souvent des hommes ignorants et des femmes sans éducation qui, au point de vue moral, sont supérieurs aux membres les mieux cultivés de notre race.

Trente et unième réunion annuelle de l'association des médecins aliénistes américains.

Cette réunion a eu lieu à Saint-Louis, le 29 mai et jours suivants. Après le compte rendu fait par chacun des membres présents des particularités relatives au service des aliénés dans leurs circonscriptions respectives, l'association s'est livrée à des discussions dont les principales ont porté sur : le traitement des aliénés criminels, l'emploi des moyens mécaniques dans le traitement des aliénés, le prix de revient de la construction des asiles d'aliénés, les localisations cérébrales, le suicide, la physiologie du cervelet.

(Année 1878.)

NUMÉRO DE JANVIER

De l'hygiène intellectuelle; par le Dr Gray.

Sous ce titre l'auteur comprend tout ce qui se rapporte au développement, à l'exercice et au maintien de l'activité intellectuelle chez les individus, les sociétés et les nations. Le sujet doit donc être étudié au point de vue individuel, social et international. C'est ce que fait le Dr Gray dans un discours qui a été prononcé au congrès international de Philadelphie. Il a émaillé son sujet de beaucoup de vues historiques et d'anecdotes, empruntées pour la plupart à l'histoire de la République américaine, dont on célébrait le centième anniversaire annuel.

Souvenirs et réflexions; par le Dr Andrew Mac-Farland.

Après une existence qui remonte à plus de trente ans, l'association des médecins des asiles américains a bien le droit de se considérer comme une institution déjà ancienne et vénérable,

surtout dans un pays aussi nouveau que les Etats-Unis. Aussi, le Dr Mac-Farland a-t-il profité d'une des réunions annuelles de cette association pour lui rappeler ses origines et payer un tribut mérité d'éloges aux premiers membres. Ceux-ci furent au nombre de douze; ils se réunirent pour la première fois le 16 octobre 1844, à Philadelphie, sur la convocation des Drs Woodward et Stirbling.

L'auteur passe en revue les premiers présidents de l'association et donne, sur chacun d'eux, des détails biographiques intéressants.

De l'hydrate de chloral; par le Dr Macdonald.

Dans cette note, où il rappelle d'abord un mémoire publié en 1871, dans le même journal, par le Dr Andrews, l'auteur montre que les idées résumées dans ce mémoire ont été confirmées, depuis, par un grand nombre de travaux, tant en Amérique qu'en Europe. Le Dr Macdonald formule son opinion personnelle sur la question dans les termes suivants : « En tant » que médicament hypnotique, le chloral est probablement sans » égal; de là sa grande valeur, quand on l'emploie d'une ma» nière judicieuse et réfléchie, dans les premières périodes de » l'aliénation mentale, alors que l'insomnie est presque con» stante. Lorsque l'absence de sommeil tient à l'hyperémie » cérébrale, le chloral est le remède par excellence; il peut » être donné en toute sûreté, à la dose de vingt à quarante » grains (1 gramme 30 à 2 grammes 60) et répété, si cela est » nécessaire, au bout d'une heure ou d'une demi-heure. Il est » très rare qu'il manque de produire un sommeil naturel de » quatre à huit heures. Il ne produit, d'habitude, ni cépha» lalgie, ni inappétence, ni troubles gastriques ou intestinaux. » Son action ne diminue pas par son usage prolongé; on n'a » presque jamais besoin d'augmenter la dose; souvent, au con» traire, on peut la diminuer, sans que l'effet soit amoindri. »

Le cas de Helen Miller; par le Dr Walter Channing. (Mutilations répétées.)

Il s'agit d'une jeune femme, d'origine israélite, observée à l'asile des aliénés criminels d'Auburn. Elle avait subi plusieurs condamnations pour vols, presque tous commis chez des médecins; elle avait une grande prédilection pour les docteurs, se vantait d'avoir été la cliente des plus célèbres praticiens de New-York, et était considérée comme atteinte de kleptomanie.

A l'asile, elle restait d'habitude tranquille pendant une période de quelques semaines, ou même de quelques mois; puis apparaissait un paroxysme ou crise; elle était alors exaltée, hystérique, grossière dans ses paroles et ses actions, méchante à l'égard des autres malades; elle cassait les vitres et le mobilier, puis réussissait toujours, quelque vigilante que fût la surveillance, à se faire, à l'aide de morceaux de verre, des blessures dont les plus habituelles consistaient en incisions profondes et longues, pratiquées sur les bras. Ces blessures une fois faites, elle redevenait calme, se laissait parfaitement panser et soigner, et restait tranquille tant que durait le travail de cicatrisation. On trouvait invariablement, dans la profondeur des incisions, et souvent très avant dans les chairs, des corps étrangers qu'elle y avait enfoncés. Elle ne manifestait aucune douleur pendant les recherches que l'on était obligé de faire dans les plaies, à l'aide de sondes et de pinces, pour aller à la poursuite des corps étrangers. Elle semblait même prendre une sorte de plaisir érotique aux recherches qu'elle forçait les médecins à faire sur ses bras.

Parmi les corps étrangers ainsi extraits des plaies, on a conservé à l'asile : quatre-vingt-douze morceaux de verre, trente-quatre éclats de bois, deux pointes, quatre clous à souliers, une aiguille, une épingle; si l'on n'avait rien perdu, on aurait plus de cent cinquante objets différents.

Progressivement les paroxysmes sont devenus plus rares; les facultés intellectuelles ont baissé et la malade est tombée en démence.

NUMÉRO D'AVRIL.

Le suicide n'est pas une preuve de folie; par M. Palmer.

L'auteur, qui n'est pas un médecin et qui décline toute compétence purement scientifique, a développé, devant la société de médecine légale de New-York, l'opinion que, contrairement à ce qui serait, d'après lui, l'appréciation la plus répandue dans le public, il s'en faut que toujours le suicide soit un acte de folie. La loi, en cela, ne suit pas le préjugé, car elle n'admet pas, en principe, que se détruire soi-même soit exclusivement le fait d'un aliéné; au contraire, elle regarde l'homme qui veut se tuer comme un criminel, *felo de se*, et elle le range dans la même catégorie que le meurtrier. Suivent, sur ce sujet, de longs développements avec citation d'un grand nombre de faits empruntés aux Écritures, à l'histoire et aux tribunaux. En

voici un qui est peu connu, croyons-nous : « Valère Maxime, qui » écrivait au premier siècle de notre ère, rapporte qu'à Marseille, » les pouvoirs publics étaient chargés de la conservation d'une » liqueur empoisonnée. Ceux qui désiraient en faire usage s'a- » dressaient au sénat de la ville, et le priaient d'approuver les » motifs qu'ils prétendaient avoir pour se défaire de la vie. Le » sénat examinait leurs raisons avec soin, et après avoir déli- » béré sur la valeur de leur désir de quitter le monde, il don- » nait ou refusait son autorisation. »

Les exemples empruntés aux tribunaux américains ont surtout trait à des cas d'assurance sur la vie dans lesquels l'assuré s'est suicidé, très peu de temps après la signature du contrat, et paraît s'être volontairement sacrifié pour assurer une fortune à sa veuve ou à ses enfants. L'auteur s'élève contre la tendance exagérée que les jurys locaux auraient, en pareil cas, à admettre que le suicide, à lui seul, est une preuve suffisante de folie, et à faire payer aux compagnies le montant de l'assurance.

Le cas de Edmond Hoppin, accusé d'homicide; par le Dr Macdonald.

Voici un curieux exemple de procès criminel aux Etats-Unis.

Edmond Hoppin était un jeune homme de bonne famille et d'excellente conduite. Sa sœur était fiancée à un jeune homme d'un rang supérieur au sien; à force d'instances, celui-ci parvint à la séduire avant le mariage et l'abandonna après l'avoir rendue mère. Elle chercha à s'empoisonner, mais on put la sauver. Toute la famille fut réduite au désespoir par cette aventure; la mère mourut de chagrin. Peu de temps après cette mort, le séducteur qui avait disparu du pays y reparut, ce qui causa une émotion terrible à Hoppin. Un soir que ce dernier remplissait ses fonctions de commis au bureau de la poste, le séducteur de sa sœur entre demander une lettre, puis il ajoute, avec ironie, en faisant allusion au déshonneur de la famille : « Hé bien ! vous êtes consolés maintenant; c'est fini n'est-ce pas? » A l'instant, Hoppin saisit une massue à jouer à la balle, et en assène un coup sur la tête de son interlocuteur. Celui-ci tombe, puis se relève et peut marcher pour rentrer chez lui; mais il succombe au bout de trente-six heures; on trouve à l'autopsie un volumineux caillot entre le crâne et la dure-mère. La défense prétendit que Hoppin était dans un état d'insanité, au moment où l'acte avait été commis. Trois médecins alié-

nistes furent chargés de l'expertise. Tous trois furent d'accord pour dire que l'état de l'accusé, décrit par les témoins, et ainsi caractérisé : insomnie, défaut d'appétit, amaigrissement, dépression morale, obtusion intellectuelle, défaut d'attention aux affaires et plaintes fréquentes, pouvait être, chez un jeune homme aussi sensible et émotionnable que Hoppin, l'effet naturel de chagrins de la nature de ceux auxquels il avait été exposé; aucun médecin ne déclara que Hoppin eût été aliéné.

Malgré cela, la Cour entendit des discussions interminables et minutieuses à l'excès, sur la théorie des diverses maladies mentales et sur la question de savoir si le cas de Hoppin ne pouvait pas, à la rigueur, entrer dans le cadre de l'une d'elles. Enfin, les débats étant clos, le jury, après une délibération de trois heures et vingt minutes, rendit un verdict de « non coupable », sans se prononcer sur la question d'aliénation mentale, comme il aurait eu le droit de le faire.

Cette décision fut accueillie par une allégresse générale. Au risque d'allonger un peu trop cette analyse, nous ne pouvons nous dispenser de reproduire littéralement le paragraphe qui fait connaître la suite immédiate du procès.

« La clôture de ce chapitre dramatique de la vie du jeune » Hoppin tient à la fois de la comédie et de la tragédie et peut » être racontée en peu de mots. L'audience une fois levée, l'ac- » quitté et sa fiancée, accompagnés par leurs amis immédiats, » furent invités à une collation chez le shériff. Après le repas, » le jeune couple se rendit à la maison du Dr George, le mé- » decin de la prison (l'un des témoins), et là le mariage fut » célébré devant une société d'invités qui se composait des » amis, du shériff et de ses auxiliaires, des geôliers et des » douze jurés qui, quelques heures auparavant, tenaient entre » leurs mains le sort du jeune marié. »

En terminant, l'auteur déclare qu'il est du devoir du corps médical de s'opposer aux progrès ultérieurs des théories chimériques et trompeuses de la manie transitoire et des subites impulsions homicides. Il considère comme un danger social la confusion qui tend de plus en plus à s'établir entre la perversité et la folie.

Le numéro se termine par la reproduction d'une lettre anonyme, adressée au *New-York Herald*, et dans laquelle est violemment attaqué l'emploi fait à l'asile d'Utica du *crib bed*, ou lit à couvercle. Suit une réfutation en règle de cette lettre et la description du *crib bed*, avec l'exposé des indications qu'il

est appelé à remplir. Ce sujet, cela a déjà été dit, sera prochainement traité à part.

NUMÉRO DE JUILLET.

Des vrais et des faux experts en justice; par le Dr Grissom.

Long travail de polémique, dirigé contre la facilité avec laquelle des personnes incompétentes sont admises en Amérique, dans les procès criminels, à remplir le rôle d'experts médicaux en aliénation mentale. On est étonné d'y trouver un passage comme celui-ci, emprunté à un rapport officiel des administrateurs de l'asile des aliénés de l'Etat de New-York : « La pra-
» tique du témoignage des experts, surtout dans les cas de
» folie présumée, est devenue, dans ces dernières années, tel-
» lement extravagante, que c'est, aujourd'hui, un métier lu-
» cratif que de s'intituler témoin-expert, à la solde de toutes
» les parties, toujours prêt à tout défendre, moyennant un prix
» suffisant et souvent exorbitant.

» La valeur réelle du témoignage des experts intègres se
» trouve ainsi détruite; une expertise vénale ne devrait être
» qu'une déposition sans valeur, et cependant c'est un article
» qui arrive à être de plus en plus demandé. »

L'auteur, entrant ensuite dans le domaine des personnalités, dirige les accusations les plus violentes contre un médecin très connu qui se trouve souvent en contradiction, devant la justice, avec les aliénistes les plus accrédités. Même séparés par l'Atlantique, nous n'oserions reproduire de pareilles violences adressées à un confrère; elles contribuent à donner une singulière idée de la pratique de la médecine légale, en Amérique.

Du suicide; par le Dr Gray.

Leçons faites à l'hôpital Bellevue; l'auteur traite son sujet au point de vue historique, clinique et médico-légal; il cite un grand nombre de faits. A propos du diagnostic différentiel entre le suicide d'un aliéné et celui d'un homme sain d'esprit, il dit : « La pierre de touche du diagnostic de la folie, c'est
» l'existence du délire. Mais souvent le suicidé n'a laissé au-
» cune trace orale ou écrite de ses motifs; dans ce cas, on devra
» porter une appréciation d'après les antécédents et l'histoire
» du sujet. » D'après lui, le suicide serait le plus souvent commis par des personnes saines d'esprit.

Compte rendu de la trente-deuxième réunion de l'association, tenue à Washington le 14 mai 1878.

Principales questions discutées : de la kleptomanie, à propos d'un cas dont plusieurs médecins d'asiles avaient été victimes ; de l'atrophie croisée du cerveau et du cervelet ; de l'aphasie ; du prix de revient des constructions pour les aliénés; de la nature morale du grand sympathique. Plusieurs des mémoires lus sont imprimés dans les numéros suivants.

Les aliénés et la loi; par le Dr Foster Pratt.

Commentaires sur les résolutions relatives à la législation applicable aux aliénés,adoptées par l'association médicale américaine, dans sa session tenue à Buffalo le 4 juin 1878. L'auteur soutient les droits des familles à prendre les mesures les plus utiles au traitement de leurs malades, et s'élève avec force contre l'obligation légale, qui existe dans certains Etats, notamment dans l'Illinois, de faire subir à tous les aliénés l'appréciation d'un juge et d'un jury, avant de pouvoir les soumettre à une médication appropriée à l'affection dont ils sont atteints.

NUMÉRO D'OCTOBRE.

Une molécule animée et ses relations les plus intimes; par le Dr Daniel Clarke.

Sous ce titre obscur, l'auteur, directeur-médecin de l'asile de Toronto (Canada), se livre à une dissertation transcendentale, sur la psychologie physiologique. Son travail est peu susceptible d'être analysé brièvement; il défend les doctrines vitalistes et les oppose aux théories objectivistes, en cherchant à trouver, entre elles deux, un terrain de conciliation. Il conclut en considérant comme acquis « qu'une grande partie de la substance » corticale et médullaire n'est qu'un dépôt de l'énergie psychi- » que, et que, lorsqu'une maladie atteint ces parties non vita- » les, ou qu'un traumatisme altère leur pouvoir de réception, » il arrive souvent que la force mentale n'est pas affaiblie à un » degré appréciable, parce que la faculté conductrice des ré- » gions altérées peut n'avoir subi aucune atteinte. »

Nous avons traduit littéralement, rien de plus.

La nature morale et le grand sympathique; par le Dr Bucke.

L'auteur, médecin aliéniste du Canada, comme le précédent, donne ici la suite de ses travaux sur le grand sympathique. Son argumentation est surtout métaphysique; il cherche à établir une distinction bien nette entre les phénomènes intellectuels et les phénomènes moraux. Il entend par nature morale élevée, celle dans laquelle dominent les éléments qu'il appelle positifs, c'est-à-dire la foi, l'amour et leurs dérivés, et dans laquelle les éléments négatifs, la crainte, la haine et leur dérivés, sont proportionnellement réduits. Il montre ensuite que la foi, l'amour, la crainte, la haine, se rapprochent par leurs caractères principaux, la simplicité, l'intensité, la continuité, des fonctions de sécrétion et de nutrition qui sont du domaine du grand sympathique, et s'écartent des fonctions cérébro-spinales.

Arrivant alors à la partie essentielle de son sujet, l'auteur prend pour texte ces paroles écrites il y a trois mille cinq cents ans : « Tes père et mère honoreras, afin de vivre longuement », et pose le syllogisme suivant : « Ceux qui ont la nature mo- » rale la meilleure et la plus élevée sont ceux qui vivent le » plus longtemps; or la prolongation de la vie dépend du de- » gré de perfection du système du grand sympathique; donc » la nature morale est une fonction du grand sympathique. »

Il lui reste à prouver que ceux qui ont la nature morale la meilleure et la plus élevée sont bien ceux qui vivent le plus longtemps. Il pense y parvenir en invoquant les quatre arguments suivants :

Les juifs se distinguent par une moralité hors ligne et leur vie moyenne dépasse celle des autres races.

Les grands hommes vivent plus longtemps que les autres, ce que l'auteur prétend établir à l'aide de calculs très minutieux dont les éléments sont tirés d'une biographie universelle.

La vie des gens mariés est plus longue que celle des célibataires.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

Le Dr Bucke a la modestie de dire en terminant que les considérations qu'il vient d'exposer peuvent bien ne pas paraître décisives par elles-mêmes; mais il n'en espère pas moins qu'ajoutées à d'autres qu'il a déjà fait connaître, elles sont de nature à démontrer que la nature morale est une fonction du grand sympathique.

La première de ces conclusions pourrait bien ne pas rencontrer de nombreux contradicteurs.

Un cas de kleptomanie; par le Dr Eastman.

Observation détaillée d'un jeune homme qui passe sa vie entière à commettre des larcins de grande ou de petite importance, et qui, placé successivement dans un grand nombre d'asiles, ne manque jamais de s'évader pour aller se faire arrêter bientôt, après de nouveaux méfaits. On peut regretter que ce récit, intéressant d'ailleurs, soit surtout anecdotique et que le caractère pathologique des mauvaises actions commises par le sujet soit incomplètement mis en lumière.

De la théorie et de la pratique du non-restraint, dans le traitement des aliénés.

Reproduction d'un long article publié dans le journal médical d'Edimbourg, par le regretté Dr Lauder-Lindsay, dont nous avons récemment signalé l'opposition faite, pendant toute sa vie, aux théories exclusives de Conolly et de ses adeptes.

A. Foville.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1879 (suite et fin).

11. *Sur le progénéisme du crâne chez les aliénés.* Dr Fraenkel à Bernburg.

Depuis que L. Meyer a présenté le progénéisme au monde médical, le silence s'est fait sur cette forme importante de dégénérescence cérébrale. Virchow cependant a élevé la voix pour déclarer que l'existence de cette anomalie n'implique pas nécessairement une déviation de l'intelligence.

Chez les prognathes dont parlent L. Mayer et Fraenkel, le menton est proéminent de telle manière que, la bouche étant fermée, les incisives et canines de la mâchoire supérieure sont placées en arrière de la rangée des dents de la mâchoire inférieure, inversement de ce qui a lieu à l'état normal, ou bien que les bords libres des deux rangées de dents se joignent exactement.

Dans l'esprit de L. Meyer, le progénéisme s'accompagne de brachycéphalie; ses cas se rapportent à des idiots ou à des aliénés héréditaires, et il pense que le forceps n'est pas étranger à la production de cette déformation. Dans les vingt-quatre cas de M. Fraenkel, il n'y a ni idiots, ni imbéciles, mais des aliénés, héréditaires pour la plupart. Il cite aussi des cas sans déviation intellectuelle. Circonstance à noter, les aliénés qui sont venus au monde à l'aide du forceps ne sont pas prognathes. Comme anomalies associées au progénéisme, il faut noter : l'attache défectueuse du cartilage de l'oreille, le pied plat, la courbure du tibia, l'étroitesse de la voûte palatine, le strabisme, le vice strumeux, l'asymétrie des dents.

12. *Différence de température entre les deux moitiés du corps, partant de la moelle épinière*. Dr Tigges, à Sachsenberg.

Observation d'une jeune fille de vingt ans. Manie alternant avec la dépression, cette dernière se compliquant des accidents suivants : sensations douloureuses à la tête, à la face, aux bras, au tronc, aux jambes, avec intensité prépondérante à gauche; hyperesthésie cutanée, oppression, vertige ; plus tard, anomalies de la motilité, tremblement, convulsions cloniques des jambes et des bras, accélération de la respiration, nausées, vomissements, toux sèche fatigante; pendant toute la durée de l'accès, élévation, par poussées, de la température d'un côté de la face et des membres, avec augmentation de la transpiration du même côté.

M. Tigges recherche quel est le siège anatomique d'accidents aussi multiples. Ces anomalies de la sensibilité, de la motilité et des vaso-moteurs dérivent évidemment de la moelle épinière, y compris la moelle allongée ; et, si l'on peut assigner à chacune d'elles un foyer morbide spécial, moelle épinière pour les premières, substance grise du renflement cervical et lombaire pour les secondes, moelle allongée pour les troisièmes, on n'en est pas moins autorisé, en raison de leur existence simultanée, à les rapporter à un foyer devenu commun.

Ce foyer commun est très étendu ; il embrasse la totalité de la substance grise de la moelle épinière et la moelle allongée.

Ripping, s'en référant aux expériences d'*Eulenburg*, *Landois* et *Hitzig*, rapporte à la substance grise du cerveau l'inégalité de température périphérique du corps. Mais, dans l'observation de M. Tigges, la différence de température est bien plus mar-

quée, plus étendue et plus durable; l'augmentation de la chaleur et de la coloration et la transpiration sont des phénomènes locaux et qui marchent toujours de pair; enfin, ces phénomènes s'associent à d'autres symptômes du côté de la sensibilité, de la motricité, etc.

13. *Psychose consécutive à l'emploi de l'atropine.* Dr Paul Kowalewsky, hôpital de Charkoff.

Schroff a cité le cas d'une femme qui, ayant été soumise à des fumigations belladonées, fut prise de manie furieuse, de quoi elle mourut.

Un jeune paysan avait perdu un œil dès l'âge de dix ans; dix-neuf ans plus tard, l'autre œil étant venu à se prendre, il s'adresse au professeur Adamjuck qui lui pratique l'iridectomie. Cette opération n'ayant pas complètement réussi, on lui injecte dans l'œil du sulfate d'atropine en poudre. Un jour, le professeur, avant de prendre congé de son malade, lui en injecte une dose plus forte qu'à l'ordinaire. Le jeune paysan entre aussitôt en délire : aucun symptôme proprement dit de l'intoxication par l'atropine, mais inquiétude, excitation, agrypnie, délire, hallucinations délicieuses ou horribles, pouls accéléré.

Comme contre-poison, on administre la morphine à haute dose, et, en même temps que les hallucinations perdent de leur intensité, que le délire s'atténue, que le pouls baisse, apparaissent les accidents propres à l'empoisonnement par l'atropine : sécheresse de la bouche, constriction de la gorge, soif, picotements, altération de la sécrétion urinaire, etc.

M. Adamjuck, consulté sur son méfait, répond que c'est là un accident qui lui est bien connu et que le malade n'en a que pour dix jours. Au bout de dix jours, en effet, le jeune paysan est guéri.

Ce trouble intellectuel se présente sous la forme de manie mélancolique. L'élément manie est la note dominante (excitation, délire généralisé, expansif, hallucinations, etc.); l'élément mélancolie occupe une place très restreinte (inquiétude, méfiance, étonnement) et constitue la période initiale de la maladie. Le malade est d'abord étonné des merveilles qui se présentent à ses yeux dans le monde enchanteur où il a pénétré. Ces animaux qui rugissent, ces oiseaux qui chantent, ce peuple qui se précipite et crie, ces plantes dont chaque feuille rend un son, ce mouvement et cette transformation incessante

des choses, tout le ravit mais l'inquiète. Le sentiment du monde réel réagit encore contre cette formidable fantasmagorie. Mais bientôt il s'abandonne, cherche à se débarrasser de ses vêtements ou de son enveloppe pour mieux s'absorber et se laisse entraîner.

Y a-t-il, dans les cas de ce genre, des signes qui permettent de trancher, dès le début, la question étiologique? La médecine légale pourrait en faire son profit.

1° Les symptômes propres à l'intoxication par l'atropine apparaissent dès que le malade est soumis à l'action de la morphine. 2° Le pouls, très fréquent au début, et sans élévation de température, diminue rapidement. 3° Multiplicité, mobilité extrême des hallucinations. Dans l'intoxication alcoolique, les apparitions sont de petite taille ; dans l'intoxication par l'atropine, elles sont immenses et merveilleuses d'éclat et de beauté. 4° Réalisation d'idées abstraites par des images et des figures. Ainsi, le malade voit la connaissance du bien et du mal, les bénédictions de Dieu, sous la forme d'une coupe d'or immense, ornée de brillants ; il voit des alleluia sous formes de blanches filles à la chevelure flottante. 5° Hallucinations du tact. 6° Marche et résolution rapide de la maladie sous l'influence de la morphine et des bains chauds.

Tout cela naturellement ne vaut que ce que peut valoir une observation, et M. Kowalewsky fait appel à ses confrères pour compléter ou rectifier ce que son travail peut avoir de défectueux ou d'imparfait.

14. *Contribution à l'étude du délire systématisé.* Dr Koch, à Zwiefalten (Wurtemberg).

Nous entendions par folie systématisée (Verrucktheit), des formes secondaires de folie, consécutives à la mélancolie ou à la manie, dans lesquelles le malade ne conserve plus de sa maladie aiguë qu'un petit nombre de conceptions délirantes fixes qui ont perdu de leur netteté ou de leur intensité primitive.

M. Koch, d'accord en cela avec Snell, Wesphal et autres, admet que la folie fruste n'est pas nécessairement secondaire, mais qu'elle existe à l'état primitif, et il se propose de traiter certains points de cette vésanie, auxquels on n'a accordé jusqu'ici qu'une attention insuffisante.

Il est bien entendu que l'altération des sentiments qui ca-

ractérise la manie et la mélancolie n'a rien à faire ici ; qu'elle peut coexister, mais qu'elle ne précède jamais la maladie qui n'en dérive pas, comme dans la folie fruste secondaire.

Ce qu'on remarque souvent dans cette vésanie, ce sont des obsessions d'idées, des scrupules exagérés ou ridicules, qui conduisent à des accès de découragement, peu durables il est vrai. Ce qu'on peut encore remarquer, par-ci, par-là, c'est sa transformation en une autre forme phrénopathique et sa rapide guérison, dans ce cas. Vous observerez souvent encore l'isolement ou la contradiction des idées délirantes fixes, en ce sens que ces idées subsistent avec la conscience d'une situation réelle diamétralement opposée. Ainsi, tel individu se figure être grand seigneur qui n'oublie pas son état de petit paysan gardant ses moutons.

Krafft-Ebing a constaté la fréquence des hallucinations de l'odorat chez des hommes dont la folie fruste était due à l'onanisme, ainsi que chez des femmes affectées de maladies utérines. D'après sa propre observation, M. Koch est porté à admettre une relation intime entre les organes de l'odorat et ceux de la génération, ce qui serait un argument de plus en faveur du voisinage organique des sensations sexuelles et des impressions olfactives.

La nuit a une influence certaine sur la production des idées de persécution dans la folie fruste, ou du moins c'est pendant la nuit qu'éclate en général l'exacerbation de ce délire.

On connaît les actes coercitifs ou les omissions coercitives de ces malades. Il faut ranger ici, surtout au début de la maladie, et plus fréquemment chez la femme, ce besoin de marcher en courant, de courir tout droit devant soi.

Le fait de l'affaiblissement des facultés n'exclut-il pas la possibilité de la guérison? Oui, la folie fruste est le plus souvent incurable ; mais il survient des cas de guérison, car la démence, comme période terminale, n'est point aussi intense que dans les autres vésanies, et l'affaiblissement appréciable des facultés n'apparaît souvent qu'au bout d'un certain nombre d'années. De toutes les facultés, c'est le raisonnement et la mémoire qui s'affectent les dernières.

Telles sont les idées principales contenues dans ce travail, soigneusement énucléées des considérations approfondies qui les enveloppent pour les rendre plus présentables.

15. *Coup d'œil rétrospectif sur cinquante années* ***d'un asile*** *d'aliénés*. Dr Voppel, à Colditz.

C'est M. Voppel qui revient encore sur l'asile de Colditz et son annexe, la colonie du village de Zschadrass, pour en faire l'histoire complète, depuis son origine jusqu'à nos jours. On comprend ce que peut être un ouvrage de ce genre dont l'analyse est impossible, d'autant plus que M. Voppel, en historien sévère et consciencieux, ne nous fait grâce d'aucun détail. Grâce à son insistance, à ses écrits, aux dessins qu'il a publiés, l'asile de Colditz et son annexe sont aujourd'hui si bien connus que l'appel antérieur du docteur Voppel aux médecins aliénistes d'aller juger son œuvre sur place à Zschadrass ne peut plus être accepté que comme moyen de rompre une idée devenue obsédante (Zwangsvorstellung).

16. *Que pouvons-nous attendre d'une alimentation rationnelle de nos malades* ? Dr von Gelhorn, à Ueckermüude (Poméranie).

Vous ventilez vos asiles, dit M. Gelhorn, vous les désinfectez, les canalisez, vous veillez à la qualité de l'eau, mais vous vous occupez moins de la question de la nourriture des aliénés. Vous connaissez pourtant l'influence de cette dernière sur les fonctions du cerveau, sur l'esprit et l'humeur de l'homme. La nourriture est un moyen de traitement que nous avons à notre disposition et qu'on aurait tort de négliger.

L'alimentation des aliénés indigents est suffisante dans la plupart des asiles; elle n'est pas toujours rationnelle en ce qui concerne la proportion de ses éléments essentiels, matières albuminoïdes, hydrates de carbone, graisse.

M. Gelhorn désire qu'on se conforme aux règles de proportion prescrites à ce sujet par Voit, et qu'on veille à la bonne préparation des mets qu'il veut appétissants, succulents. Il s'y est conformé lui-même dans son asile dès 1877, et constate les résultats obtenus.

Consécutivement à cette réforme, le prix de revient de l'aliéné pour la nourriture serait de 84 centimes pour les hommes, et de 75 centimes pour les femmes.

En 1876 (ancien régime, viande trois fois par semaine), la mortalité était de 8,6 pour cent malades traités ; en 1877 (nouveau régime), 7,7 pour cent ; en 1878 et 1879, 5,1 pour cent.

17. *Sur la participation de l'épendyme aux changements pathologiques du cerveau et de ses membranes chez les aliénés*. Dr Ripping, à Düren (Prusse-Rhénane).

Si l'on ne sait vraiment pas quelle est la destination physio-

logique de l'épendyme, on peut admettre du moins qu'elle est une membrane protectrice des éléments nerveux sous-jacents. A ce point de vue seul, les modifications pathologiques de l'épendyme acquièrent une importance considérable.

Le ramollissement gélatineux paraît être la forme la plus aiguë de l'altération de l'épendyme. Cette membrane est d'abord rouge, épaissie, tuméfiée ; plus tard, elle prend un aspect vitreux et se ramollit. Cette altération se rencontre particulièrement dans le troisième et dans le quatrième ventricules et a été surtout observée chez les maniaques et les mélancoliques. L'épithélium cylindrique est épaissi, dilaté ; le noyau de ses cellules est étranglé comme pour la prolifération.

L'ecchymose se voit le plus souvent dans le quatrième ventricule ; le siège de l'ecchymose est le tissu conjonctif feutré de l'épendyme. On l'observe dans des cas de mélancolie grave, avec vertiges et hallucinations.

Le froncement ridé ou strié, qui provient d'une exubérance partielle du tissu conjonctif avec froncement de la couche épithéliale, affecte de préférence le quatrième ventricule et est une lésion ordinaire de la démence organique.

Quant à la granulation de l'épendyme, on en connaît la fréquence et l'étendue. Elle est un produit de la paralysie, de la démence, et est constituée par du tissu conjonctif disposé en couches concentriques, avec disparition de l'épithélium.

Le ramollissement et la granulation ne proviennent pas de l'hydrocéphalie, comme on l'a avancé, mais ils sont le produit d'un même processus, l'inflammation de l'épendyme, et marchent de pair avec l'inflammation chronique des méninges et de la substance grise.

On pense que l'altération de l'épendyme est le point de départ des hallucinations, de l'inégalité pupillaire, de la paralysie du nerf facial, etc. Il est malaisé de le prouver. Toutefois, on peut admettre que l'altération du quatrième ventricule peut compromettre les éléments nerveux immédiatement sous-jacents, nerf acoustique, oculo-moteur, facial, etc.

18. *Contribution clinique.* Dr Oebeké, à Endenich (Prusse Rhénane).

A. *Folie épileptique.* Il s'agit d'un homme dont la mère avait été aliénée et qui, à l'âge de neuf ans, avait présenté des symptômes d'épilepsie. De douze à vingt ans, attaques violentes d'épilepsie, une ou deux fois par an. Puis, ces attaques sont

remplacées par des accès de manie furieuse et subite. Averti par une aura, le malade avait conscience de l'approche de ses accès, et priait les personnes de s'éloigner pour qu'il ne leur fît aucun mal. Après l'accès, il conservait le souvenir de ses violences.

L'amnésie que l'on considère comme caractéristique de l'épilepsie larvée, n'existait point ici. Donc l'amnésie n'est point un fait constant sur lequel on puisse baser le diagnostic de l'épilepsie larvée ; ce diagnostic doit s'asseoir sur la physionomie générale de l'affection, sur son développement, sa marche.

B. *Paralysie générale progressive*. A la suite de pertes d'argent, un négociant, âgé de trente-sept ans, est atteint de paralysie générale. Après un traitement de cinq mois, il quitte l'asile, guéri au jugement de sa famille. En effet, il vit retiré des affaires, et rien dans ses habitudes ne vient démentir cette opinion. Cependant ce fait d'un négociant jusque-là si actif, dont le commerce s'étendait au delà des mers, et qui, à trente-huit ans, se résigne à vivre dans l'oisiveté, ne dénote-t-il pas un affaiblissement des facultés ?

Quoi qu'il en soit, Nasse, en 1870, a noté trente cas de guérison de paralysie générale ; Ludwig Mayer, en 1877, en a cité huit autres cas ; Ganster, en 1879, onze autres encore.

Au bout de combien d'années, après le retour de l'état normal, peut-on affirmer une guérison absolue ? Au bout de trois ans, d'après M. Oebeké.

Plusieurs des guérisons en question survenaient après une maladie intercurrente aiguë (variole, fièvre typhoïde, abcès du foie, suppuration furonculeuse profuse, otite suppurée, phlegmon érysipélateux des membres). Naturellement l'étiologie est un élément important pour le pronostic de cette maladie. Le pronostic deviendrait moins redoutable s'il était vrai, comme l'avance M. Jolly, que la cause principale de la paralysie dût être cherchée dans l'abus du tabac et non dans celui de l'alcool. La syphilis encore serait un élément favorable du pronostic. Mais, dans bien des cas, la syphilis n'interviendrait que comme un stimulus occasionnel chez une personne déjà prédisposée. D'où, dans ces cas, l'inutilité du traitement antisyphilitique.

D[r] HILDENBRAND.

BIBLIOGRAPHIE

Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für practische Aerzte und Studirende; par le D[r] de Krafft-Ebing, professeur à l'Université de Graz (Autriche), 3 volumes. Stuttgart. Enke, 1879-1880.

Le Dr de Krafft-Ebing n'est pas un nouveau venu pour les aliénistes français qui le connaissent déjà par plusieurs ouvrages importants et retrouveront, dans le manuel de psychiatrie, que nous avons le plaisir de leur présenter aujourd'hui, les qualités éminentes qui distinguent cet auteur, dont la pensée toujours claire et sobre se traduit par une exposition simple et méthodique, dans un style agréable, exempt de toute surcharge inutile et modéré dans l'emploi de ces néologismes personnels, malheureusement si fréquents dans la littérature allemande contemporaine. L'ouvrage est divisé en trois parties : I. Pathologie et thérapeutique générales; II. Pathologie et thérapeutique spéciales des diverses formes d'aliénation; III. Observations cliniques. Il est dans la nature même de la partie générale d'un ouvrage d'en être aussi la plus intéressante, puisque laissant de côté les détails pour ne traiter que les grandes lignes, elle donne à l'auteur l'occasion de développer l'ensemble de sa pensée et son système propre, et c'est bien le cas du premier volume du docteur de Krafft-Ebing, qui traite de main de maître la pathologie générale de la folie, en décrivant chacun des troubles fonctionnels primordiaux du cerveau dans le domaine physique et dans le domaine psychique. Les causes de cette maladie, son diagnostic, sa marche, son pronostic et les règles générales de son traitement sont également exposés avec beaucoup de soin. Un chapitre intéressant est, entre autres, celui qui traite des états analogues à l'aliénation mentale, mais qui n'en sont cependant pas : mouvements passionnels, ivresse, délire fébrile, etc. — L'auteur ne donne pas de définition de la folie, il fait même remarquer qu'au point de vue purement scientifique, il est impossible de tracer une limite entre une psychose

proprement dite et le délire produit, par exemple, par une affection fébrile ou par une intoxication, de sorte que lorsque nous appelons affection mentale un état qui a une certaine durée et présente un certain ensemble de caractères propres, c'est une affaire de simple convention. Il en est de même de la distinction entre les affections mentales et les autres affections du système nerveux ; elle est absolument artificielle et résulte uniquement de convenances pratiques; médicalement, les unes ne peuvent être séparées des autres, et celui-là seul qui connaît à fond la physiologie et la pathologie de l'ensemble du système nerveux peut avoir la prétention de soigner les affections mentales.

La seconde partie de l'ouvrage commence par un essai de classification des maladies mentales, et comme il nous est impossible d'entrer, pour chaque chapitre, dans les détails que comporterait une analyse plus étendue, nous nous bornerons à reproduire cet essai qui, comme tous ceux de ce genre, résume le mieux la pensée d'un auteur. Dans l'état actuel de nos connaissances, ni la nature des causes, ni l'anatomie pathologique, ni les symptômes psychiques et la marche de l'affection mentale, pris isolément, ne suffisent à servir de base à une classification satisfaisante, et il convient d'utiliser simultanément ces trois ordres de facteurs, en combinant les données qu'ils fournissent. Partant de là, le D$_r$ de Krafft-Ebing arrive à une division des psychoses qui, sur bien des points, rappelle celle de Schulé (comparez *Annales*, 1879, I, 337) ; mettant complètement à part les arrêts de développement (idiotisme et crétinisme), il forme les trois grands groupes suivants : 1o La maladie atteint un cerveau bien constitué et fonctionnant normalement jusque-là, ce sont les psychonévroses, ou bien : 2o elle attaque un cerveau prédisposé et fonctionnant imparfaitement, par le fait, soit de l'hérédité simplement, soit d'autres facteurs nuisibles, alcoolisme, blessures de tête, etc., ce sont les dégénérescences psychiques; enfin, 3o affections organiques du cerveau, avec prédominance de symptômes d'ordre psychique (démence paralytique, sénile, etc.) ; ce sont les cérébropathies de Schulé.

Il est maintenant intéressant de voir les signes auxquels, d'après l'auteur, on reconnaît que tel cas donné rentre dans l'un ou l'autre de ces deux premiers groupes principaux, indiqués déjà d'ailleurs par Morel ; et au risque de nous allonger un peu, nous croyons bien faire de les reproduire ici.

Psychonévroses	*Dégénérescences psychiques.*
1° Affections en quelque sorte parasitaires, acquises accidentellement par des individus à cerveau normal, et chez lesquels rien ne pouvait faire prévoir la maladie.	1° Affections constitutionnelles chez des individus déjà névro-psychopathiquement prédisposés; à cerveau mal équilibré et dont on pouvait plus ou moins prévoir la maladie.
2° Invasion de la maladie par suite de la coïncidence fortuite d'une disposition temporaire (par exemple, affection physique grave) et de causes occasionnelles puissantes; la prédisposition héréditaire peut exister, mais à l'état latent.	2° Causes occasionnelles légères; même les phases physiologiques de l'existence (puberté, puerpéralité, âge critique, etc.) suffisant à provoquer l'explosion d'une psychose qui n'est souvent aussi que la dernière expression d'une série de névropathies graves (irritation spinale, hystérie, épilepsie, hypochondrie).
3° Tendance à la guérison et rareté des récidives.	3° Peu de tendance à la guérison ; le plus souvent simple retour au *statu quo ante*. Grande tendance aux récidives, et à la transformation en états toujours plus graves.
4° Peu de tendance à la transmission aux descendants, et dans ce cas formes légères (psychonévroses).	4° Grande tendance à la transmission par hérédité et sous des formes de plus en plus graves (dégénérescence héréditaire progressive).
5° Marche typique de l'affection ; une phase prodromique de mélancolie précède ordinairement la manie ; les formes secondaires dérivent d'états primaires. L'ensemble de l'affection présente une certaine durée et un certain caractère propre ; la marche en est bien définie et conduit directement soit à la guérison, soit à la démence.	5° Toutes les formes de psycho-névroses sont ici possibles, mais se présentent essentiellement avec des symptômes organiques graves ; la marche présente tous les imprévus et toutes les variations de « formes d'état » les plus différentes, avec changements subits et non motivés des diverses séries de symptômes. Les périodes d'état sont très passagères; ne présentent pas d'image typique, mais bien un mélange de formes diverses. Le caractère de l'ensemble est essentiellement protéïforme, et ne trouve de place convenable dans aucun des groupes de la classification physio-psychologique. La marche est chronique, et l'affection une

	fois arrivée à un certain niveau de son développement s'y maintient tout le reste de la vie et ne se termine pas (ou seulement très tard) par la démence complète.
6° Aucune tendance à la périodicité, soit des accès dans leur ensemble, soit des divers groupes de symptômes.	6° Grande tendance à la périodicité. La folie périodique est un symptôme de dégénérescence.
7° Les conceptions délirantes naissent essentiellement par voie psychologique par l'objectivation et les tentatives d'explication de sentiments et de mouvements passionnels anormaux, objectivation et explications dont le malade se sent pleinement satisfait. Les conceptions délirantes n'apparaissent que tardivement, et sont généralement en harmonie avec l'ensemble des sentiments.	7° Les conceptions délirantes naissent essentiellement par voie physio-pathologique comme créations directes et spontanées du cerveau malade (délire primordial). Elles se produisent brusquement, sans motifs, étonnent le malade lui-même qui, surpris par leur apparition, n'arrive qu'avec peine à les associer et à les motiver. Ces conceptions délirantes sont des phénomènes primaires et indépendants comme contenu de la disposition générale de l'humeur et des sentiments. Elles peuvent faire défaut pendant tout le cours de la maladie ou ne se rapporter qu'à des mouvements passionnels accidentels, et sont alors remplacées soit par des troubles de forme de la conception en général (obsessions, folie raisonnante), soit par une faiblesse intellectuelle congénitale.
8° Le contenu des conceptions délirantes, quoique pathologique, est déduit logiquement de prémisses fausses, et n'exclut pas la pensée et les sentiments normaux de la vie physiologique.	8° Contenu des conceptions baroque, extravagant, monstrueux même ; le malade ne peut pas les expliquer logiquement.
9° Etats normal et pathologique nettement délimités ; contraste complet entre eux.	9° Ordinairement transformation insensible de la simple prédisposition pathologique en maladie déclarée ; mélange étrange de lucidité et de délire.
10° Actes résultant ordinairement d'un motif conscient.	10° Actes fréquemment impulsifs.

11° La maladie se développe lentement et disparaît de même.	11° L'accès éclate brusquement et disparaît de même, en particulier dans la folie périodique et dans les délires symptomatique, hystérique et épileptique.

Sur cette base le professeur de Graz établit la classification suivante :

A. Arrêts de développement du cerveau ; idiotisme et crétinisme.

B. Affections du cerveau normalement développé.

I. — Psychonévroses.

1° États primaires curables.

a. Mélancolie ; états de dépression avec ralentissement du mouvement psychique.

α. Mélancolie passive (les phénomènes d'empêchement de la pensée sont purement psychiques ; connaissance peu troublée, formes légères) ;

β. Mélancolia attonita = mél. avec stupeur (connaissance profondément troublée ; les symptômes d'empêchement de la pensée sont essentiellement organiques ; „ tétanie " „ Katalepsie "; formes graves).

b. Manie, mouvements psychiques expansifs et accélérés.

α. Exaltation maniaque (connaissance peu troublée ; les actes sont encore le résultat d'un enchaînement psychique, formes légères).

β. Manie (trouble profond de la connaissance ; les actes sont essentiellement le résultat organique de phénomènes d'irritation dans les centres psychomoteurs actes impulsifs, formes graves).

c. Stupidité. = démence curable.

2° États secondaires incurables.

a. Délire systématisé (Verrucktheit) secondaire.

b. Démence terminale { α. Agitée. β. Apathique.

II. — Dégénérescences physiques.

a Folie affective constitutionnelle (folie raisonnante).

b. Folie morale.

c. Délire systématisé primaire caractérisé :

α. Par des conceptions délirantes.

β. Par des obsessions.

(Ad α: Les conceptions délirantes sont des délires primordiaux avec idées de nuisance — délire des persécutions ou d'ambition, — délire érotique, délire religieux).

d. Folie par transformation de névroses constitutionnelles.
  α. Folie épileptique.
  β. Folie hystérique.
  γ. Folie hypochondriaque.
e. Folie circulaire.

III. — Affections (dites organiques) du cerveau avec prédominance des symptômes psychiques.

a. Démence paralytique.
b. Lues cerebralis.
c. Alcoolismus chronicus.
d. Dementia senilis.
e. Delirium acutum.

Telle est dans ses lignes principales la classification du Dr de Krafft-Ebing; aucune classification n'a jamais satisfait complètement personne, et ce sera sans doute aussi le cas de celle-ci, mais elle a en tout cas le mérite de reposer sur une observation judicieuse des faits cliniques, que l'auteur développe largement en traitant spécialement chacune des formes indiquées.

Le troisième volume est entièrement consacré aux observations cliniques, soigneusement faites et bien choisies parmi les cas typiques de chaque forme; chaque groupe est précédé d'un court résumé symptomatologique avec renvoi au chapitre correspondant du second volume; ce sont des illustrations indispensables, mais nous nous demandons s'il est pratiquement avantageux de les réunir ainsi à la fin de l'ouvrage plutôt que de les y intercaler chacune à sa place? Cette dernière méthode a l'avantage de varier une lecture certainement parfois un peu difficile pour les étudiants auxquels le manuel est destiné et dont plusieurs peut-être, après avoir étudié la théorie, se tiendront, bien à tort d'ailleurs, pour satisfaits et n'iront pas plus loin. On aime dans un volume illustré trouver les planches en regard du texte. Ceci du reste est une question de forme qui n'ôte absolument rien à la valeur de l'ouvrage.

Un mot encore en terminant. Ne serait-il pas possible que les écrivains s'entendissent sur les termes dont ils se servent et qui varient souvent d'une façon désolante pour le lecteur? C'est déjà bien assez, d'un pays à l'autre, des différences de langue; si les savants d'une même nation viennent encore compliquer la question en appliquant, par un abus d'autorité tout personnel, des dénominations parfaitement différentes à une seule et même chose, il n'y aura bientôt plus moyen de s'entendre, et nous ne

pouvons nous empêcher de reproduire les lignes suivantes écrites récemment par un médecin distingué, le Dr Kirn, à propos du manuel qui nous occupe. « Enfin, dit-il, ne pourrait-on pas une bonne fois, et ainsi qu'on l'a demandé si souvent, s'entendre dans la psychiatrie allemande sur une nomenclature uniforme? Dans deux ouvrages parus à court intervalle, l'un des auteurs (Schüle) appelle « manie » la forme grave et agitation « tobsucht » la forme légère d'une même affection, tandis que l'autre au contraire (Krafft-Ebing) emploie la première de ces expressions dans un sens général et réserve la seconde pour les cas les plus graves; quelle valeur peut avoir dès lors une statistique comparée et comment les élèves s'y retrouveront-ils? » Une nomenclature unique serait en effet bien à désirer; quelle belle tâche pour un congrès de psychiatrie!

Ceci dit et en réservant quelques points de détail sur lesquels il peut y avoir divergences d'opinion, nous ne pouvons que féliciter le Dr de Krafft-Ebing de son beau travail si éminemment pratique, et auquel nous souhaitons le succès qu'il mérite à tous égards.

Dr Chatelain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La mesure du discernement en matière criminelle; par M. le Dr Louis Penard. Paris, 1880, br. in-8°.

— Du diagnostic en aliénation mentale; hystéro-épilepsie sympathique; par le Dr Lagardelle. Bordeaux, 1880; br. in-8°.

— Contributions to nervous and mental pathology; race and insanity (contribution à la pathologie nerveuse et mentale; la folie suivant les races); par le Dr Edward C. Spitzka. New-York 1880; br. in-8°.

— Traité du goître appuyé sur des documents inédits et accompagné d'une carte de la distribution des goîtres dans le département du Puy-de-Dôme; par M. le Dr Nivet. Paris, 1880; vol. in-8°.

— Clasification de los conocimientos humanos (classification des connaissances humaines); par M. Enrique Heriz. Barcelone, 1880; br. in-8°.

— Lettres médicales sur Gheel et le patronage familial, adressées à M. le Dr Ingels par M. le Dr Al. Peeters, médecin inspecteur. Gand, 1880; br. in-8°.

— Asile d'aliénés de Saint-Robert; compte rendu administratif pour 1879; par M. Pinot. Grenoble, 1880; br. in-8°.

— De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions; par le Dr Martinenq. Paris 1880; br. in-8°.

VARIÉTÉS

Rapport au Président de la République

Sur la constitution d'une commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés.

Monsieur le Président,

Au moment où l'extension et le perfectionnement de l'assistance sous toutes les formes préoccupent à si juste titre les pouvoirs publics, il importe de ne considérer comme définitivement résolu aucun des problèmes qui se rattachent à ce grave sujet.

Répondant à des vœux souvent exprimés, j'ai l'honneur, après m'être concerté à cet effet avec M. le garde des sceaux, de vous proposer la constitution d'une commission chargée de se rendre compte de l'état actuel de la question des aliénés.

Dès 1869, le gouvernement avait eu cette pensée; mais les événements de 1870 ont interrompu les travaux de la commission nommée à cette époque.

Depuis ce temps, rien n'a été fait en dehors de l'action purement administrative; le rapport des inspecteurs généraux, publié en 1878, mais remontant en réalité à 1874, sur le service des aliénés, est le seul document d'ensemble que nous possédions sur la matière.

Il est temps de soumettre à un contrôle plus large et à une étude plus complète, à la fois l'exécution de la loi de 1838 et cette loi elle-même. Il s'agit de savoir, après quarante ans d'épreuve, quels résultats a produits le système de 1838, quelles méthodes de traitement doivent être adoptées, enfin quelles améliorations peuvent être apportées à la loi.

Sans craindre d'étendre outre mesure les attributions de la commission, j'estime qu'elles doivent être à la fois administratives, médicales et législatives.

La commission devra donc étudier, au point de vue hygiénique et légal, l'organisation des asiles publics, des quartiers d'hospice, des établissements privés. L'état des bâtiments, l'encombrement habituel, l'organisation du personnel et surtout la situation matérielle et morale du personnel inférieur, la séparation des aliénés dits criminels, les avantages ou les inconvénients de l'administration décentralisée des asiles telle qu'elle résulte des lois départementales, la gestion des biens des aliénés non interdits, voilà les principales questions que soulève l'examen du régime pratiqué aujourd'hui. La commission pourrait s'éclairer, soit par des questionnaires, soit par l'audition des intéressés, soit par des enquêtes partielles qu'elle de-

manderait à l'administration. En un mot, elle apprécierait aussi exactement que possible l'état de choses actuel.

D'autre part, nous demanderions plus spécialement aux médecins de nous éclairer sur les systèmes de médication les plus éprouvés et sur les avantages de tel ou tel régime ; ils nous diraient de quelles améliorations est susceptible le traitement des malades. A cet égard, je ne puis qu'indiquer la voie ; il appartient à la science seule de préciser les questions de thérapeutique que soulève le redoutable problème de la folie. Nous apprécierons ensuite dans quelle mesure il sera possible d'appliquer pratiquement les vœux formulés.

Enfin, la commission devra nécessairement achever son œuvre en étudiant les réformes qui ne pourraient pas être accomplies par une application plus rigoureuse de la loi de 1838, et qui motiveraient l'intervention du législateur. J'estime que des garanties plus complètes doivent être exigées contre les admissions non justifiées et contre le séjour trop prolongé dans les asiles. Sans céder aux déclamations et aux utopies, il faut reconnaître que le législateur de 1838, soucieux avant tout de l'état d'abandon où se trouvaient alors les aliénés et des dangers qui en résultaient, a facilité les admissions, sans se préoccuper peut-être à un degré suffisant des garanties réclamées par la liberté individuelle,

Les réformes proposées seront, je n'en doute pas, une juste conciliation entre le droit des personnes et la nécessité où se trouve la société de se protéger efficacement contre les actes d'êtres inconscients. Elles s'inspireront des législations étrangères et notamment de la loi belge: celle-ci nous a emprunté notre système de 1838, en le modifiant, il est vrai, mais avec une réserve et une prudence qui montrent qu'en cette matière, c'est dans les améliorations de détail et non dans les systèmes absolus qu'il faut rechercher le progrès.

Par suite des considérations qui précèdent, j'ai l'honneur de vous prier, monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint instituant une commission aux fins ci-dessus indiquées.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respect.

Le ministre de l'intérieur et des cultes,
CONSTANS.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur et des cultes :

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué, sous la présidence du ministre de l'intérieur et des cultes, une commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés.

Art. 2. — **Sont nommés membres de cette commission :**

MM. Fallières, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur et des cultes, député ;
Martin-Feuillée, sous-secrétaire d'Etat au ministère de la justice, député ;
Bertauld, sénateur, procureur général près la Cour de cassation ;
Camparan, sénateur ;
Dauphin, sénateur, procureur général près la cour d'appel de Paris ;
Hérold, sénateur, préfet de la Seine ;
Roussel, sénateur, membre de l'Académie de médecine ;
Andrieux, député, préfet de police ;
Drumel, député ;
Dubost (Antonin), député ;
Marmottan, député ;
Maze (Hippolyte), député ;
Noirot, député,
Sée (Camille), député ;
Waldeck-Rousseau, député ;
Berger, conseiller d'Etat ;
Chauffour, conseiller d'Etat ;
Camescasse, conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur et des cultes ;
Tanon, conseiller d'Etat, directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice ;
Barbier, conseiller à la Cour de cassation, président de la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine ;
Allou, ancien bâtonnier de l'Ordre des avocats ;
Baillarger, membre de l'Académie de médecine ;
Béclard, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté ;
Brouardel, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté ;
Lasègue, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté ;
Accarias, professeur à la Faculté de droit ;
Ball, professeur à la Faculté de médecine ;
Dr Lunier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur et des cultes ;
Dr Foville, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur et des cultes ;
Dedebat, maître des requêtes au conseil d'Etat ;
Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine ;
Cambon (Jules), secrétaire-général de la préfecture de police ;
Dr Bourneville, membre du conseil municipal de Paris ;
Leven, membre du conseil municipal de Paris :
Dr Loiseau, membre du conseil municipal de Paris ;

Dr Thulié, membre du conseil municipal de Paris ;
Caron, administrateur provisoire des biens des aliénés de la Seine ;
Le Dr Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique ;
Payelle, chef de bureau au ministère de l'intérieur et des cultes ;
Pilon, chef du service des aliénés à la préfecture de la Seine.

Art. 3. — MM. Fallières et Martin-Feuillée sont nommés vice-présidents de la commission.

Art. 4. — MM. Dédebat, Payelle et Pilon rempliront les fonctions de secrétaires de la commission.

Fait à Paris, le 10 mars 1881.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République.

Le ministre de l'intérieur et des cultes.

CONSTANS.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par décret en date du 18 janvier 1881, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le Dr LEGRAND DU SAULLE, médecin en chef du Dépôt près la Préfecture de police et médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Près de 25 ans de services publics dont 12 à la Préfecture de police ; chevalier depuis 1871.

— Par décret en date du 17 février 1881, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le Dr FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'Intérieur et des Cultes ; 21 ans de services comme médecin et comme directeur-médecin d'asiles publics d'aliénés ; lauréat de l'Académie de médecine.

M. le Dr GROVALLET (François), chirurgien de l'hôpital civil et militaire de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord) ; en exercice depuis 1850 ; médecin de l'asile départemental des aliénés depuis 1866 ; 30 ans de services.

— *Arrêté du* 3 *fév.* 1881. M. le Dr REYNAUD, interne de l'asile de la Roche-sur-Yon, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. ADAM, nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières.

— Viennent d'être nommés :

Directeur-médecin de l'asile de Lafond, près La Rochelle, M. le Dr MABILLE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr Arnozan, décédé.

Médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, M. le Dr BOUDRIE, médecin adjoint de l'asile d'Évreux.

Médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, chargé du service de la clinique, M. le Dr RÉGIS, chef de la clinique des maladies mentales.

— Par décret en date du 5 février 1881, M. le Dr Jules BERGERON, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'asile d'aliénés de Clermont, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

NÉCROLOGIE.

Le Dr ARNOZAN. — Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de M. le Dr Pierre-Henry Romain ARNOZAN, directeur médecin de l'asile d'aliénés de La Rochelle, décédé le 2 fév. 1881 dans sa 69e année.

Le Dr Arnozan est entré dans le service des aliénés, au commencement de l'année 1844, en qualité d'interne de l'asile de Bordeaux. Depuis cette époque, il a rempli successivement les fonctions de médecin adjoint de l'asile de Bordeaux (1853-1855), de médecin en chef, puis de directeur-médecin de l'asile de Mayenne (1855-1864), et enfin de directeur-médecin des asiles de Breuty (1864), Châlons (1866), et enfin, depuis 1868, de Lafond près La Rochelle où il est mort.

Dans les divers départements qu'il a parcourus, Arnozan a laissé la réputation d'un médecin consciencieux, bienveillant et éclairé, et d'un administrateur intelligent et actif. Il était estimé de tous et nous ne lui connaissions que des amis.

JURISPRUDENCE. — ARRÊTS DU CONSEIL D'ÉTAT.

No 83. — *Décret supprimant en recette et en dépense du budget rectificatif d'un département une somme provenant des fonds libres de l'asile départemental d'aliénés. — Annulation.*

Doit être annulé comme ayant été rendu en violation des articles 46 et 47 de la loi du 10 août 1871, le décret supprimant en recette et en dépense une somme provenant des fonds libres d'un asile départemental d'aliénés, que le conseil général, en statuant sur les recettes et les dépenses de cet asile, avait supprimée du budget dudit asile et affectée à des travaux d'utilité départementale. Lorsqu'il est établi que les délibérations par lesquelles le conseil général a pris la décision ci-dessus n'ont été l'objet d'aucun recours dans les formes et délais prévus par la loi, ces délibérations sont ainsi devenues définitives et exécutoires, et il n'appartient pas à l'administration supérieure de mettre obstacle, par un décret, à l'exécution que les délibérations précitées ont reçue.

Pourvoi du département de la Côte-d'Or.

Arrêt du 23 mars 1880.

No 84. — *Pourvoi d'un département tendant à l'annulation pour excès de pouvoirs, d'arrêtés préfectoraux portant nomination du pharmacien et du médecin adjoint d'un asile d'aliénés. — Rejet.*

Un préfet n'excède pas ses pouvoirs en nommant, en dehors des règles de concours déterminées par le conseil général du département, le pharmacien et le médecin adjoint d'un asile d'aliénés, attendu qu'il est pourvu aux dépenses des asiles d'aliénés, parmi lesquelles figure le traitement du personnel, au moyen des ressources fournies tant par le département que par les personnes placées ou leurs familles, les communes, les hospices et l'État, et qu'ainsi le personnel desdits asiles ne peut être considéré comme exclusivement rétribué sur les fonds départementaux dans le sens de l'article 45 de la loi du 10 août 1871. D'ailleurs, si, d'après l'article 46 de la loi du 10 août 1871, le conseil général statue définitivement sur les recettes et dépenses des établissements d'aliénés appartenant au département, cette disposition n'a pour effet ni de restreindre les droits résultant pour l'autorité publique des article 2 et 7 de la loi du 30 juin 1838, ni de confondre les recettes et les dépenses des asiles publics d'aliénés dans les recettes et les dépenses du budget départemental.

Pourvoi du département du Rhône.

Arrêt du 23 mars 1880.

LÉGISLATION SUR LES ALIÉNÉS EN AUTRICHE.

Un arrêté du 4 juillet 1878, des ministres de l'Intérieur et de la Justice, inséré au *Bulletin des lois*, apporte des modifications à l'article 8 de l'arrêté ministériel du 14 mai 1874 sur les aliénés. D'après le nouvel arrêté, l'admission d'un malade dans un établissement privé d'aliénés ne peut avoir lieu que sur le certificat d'un médecin. Quand le malade a déjà été traité, le médecin qui l'a soigné doit faire l'historique de la maladie. Le certificat doit être délivré par le médecin du district ou de la commune de la résidence du malade, ou, s'il émane d'un autre médecin, être confirmé par le médecin du district ou de la commune de la résidence du malade, et ne pas avoir une date de quinze jours antérieure à la demande d'admission.

Pour les personnes appartenant à l'armée, le certificat d'un médecin militaire suffit.

Pour les personnes qui passent d'un asile public dans un asile privé, il suffit d'un certificat émanant de la direction du premier établissement.

Lorsque, dans l'intérêt de la sécurité publique, un aliéné doit être placé immédiatement dans un asile et qu'on ne peut pas obtenir un certificat médical avec la promptitude nécessaire, ou que l'aliéné arrive d'un pays étranger et qu'on ne produit pas un certificat délivré par un médecin public et dûment légalisé, le médecin en chef de l'asile peut, sous sa responsabi-

lité, admettre provisoirement l'aliéné ; seulement il doit en donner avis dans un délai de vingt-quatre heures au plus à l'autorité administrative de laquelle l'asile dépend, afin qu'une enquête médicale officielle permette de constater s'il y a lieu de conserver dans l'établissement la personne dont il s'agit.

Les malades que l'autorité, pour protéger la sécurité publique, est amenée à faire entrer dans un asile privé, y sont admis sur la production du certificat d'un médecin public.

(*Annuaire de législation comparée*, 1880.)

EMPIRE D'ALLEMAGNE. — MAISONS DE SANTÉ.

En vertu de l'article 7 de la loi du 23 juillet 1879, modifiant quelques dispositions de la loi sur l'industrie, les établissements privés destinés à recevoir des aliénés ne peuvent être fondés qu'en vertu de l'autorité administrative supérieure. La concession ne peut être refusée que dans les cas suivants :

a. — Si les circonstances prouvent que le requérant ne présente pas les garanties nécessaires pour diriger ou administrer l'établissement ;

b. — Si d'après les justifications et les plans qu'il doit produire, la construction et les autres aménagements techniques de la maison ne satisfont pas aux prescriptions de la police sanitaire.

PROVINCE DE QUÉBEC. — *Acte concernant les asiles d'aliénés subventionnés par le gouvernement.*

Ne sont reçus dans ces établissements que les aliénés qui n'auront pas par eux-mêmes ou par quelques parents obligés par la loi à les soutenir, les moyens de payer, en tout ou en partie, leur pension dans un asile d'aliénés.

La demande doit être signée par trois citoyens résidant au même lieu que l'aliéné.

Un certificat de médecin est nécessaire.

Les signatures doivent être certifiées par le juge de paix.

Le secrétaire provincial prend l'avis du médecin visiteur de l'asile. Il peut refuser l'admission.

Les idiots ou imbéciles ne seront pas admis comme pensionnaires du gouvernement aux asiles, à moins qu'ils ne soient dangereux ou une cause de scandale, sujet à des accès d'épilepsie ou d'une difformité monstrueuse.

Le médecin visiteur inspecte l'asile au moins une fois par mois, et fait son rapport au sécrétaire provincial.

Ce médecin a toujours libre accès dans l'établissement.

Les propriétaires de chacun des asiles devront nommer et maintenir à leurs frais un médecin résidant dans ledit asile, ou dans le voisinage immédiat.

Les formules qui doivent être signées, soit par des citoyens, soit par un médecin pour l'admission d'un malade, contiennent un questionnaire très détaillé.

MOUVEMENT DES ALIÉNÉS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE EN 1880.

Préfecture de police :

Le nombre total des individus réputés aliénés et soumis à l'examen de l'infirmerie spéciale, a été en 1880 de 2.625, dont 1.497 hommes et 1.128 femmes.

En comparant ces chiffres avec ceux de 1879, on est frappé de la fatalité monotone qui s'impose à l'aliénation comme à tant d'autres maladies. En 1879, 2.582 malades avaient été examinés, 1.462 hommes et 1.120 femmes. L'écart est donc de 35 hommes et de 8 femmes, augmentation insignifiante, et qui néanmoins se poursuit régulièrement.

656, un peu moins de la moitié, arrêtés sur la voie publique comme coupables de crimes, délits ou de contraventions, ont été transférés par mesure administrative et d'urgence sans avoir été déférés à la justice ; 460 avaient subi, comme inculpés, un interrogatoire judiciaire ; 151 étaient retenus dans les prisons à la suite de jugements.

Ainsi, sur les 2.625 aliénés ou réputés tels, 1.267 relevaient de la Préfecture de police ou de la justice qui les avait remis aux mains de l'Administration.

2.154 malades ont été placés à l'asile Sainte-Anne pour être, de là, répartis dans les divers établissements départementaux consacrés au traitement des maladies mentales. Les autres, non reconnus aliénés, ont été remis en liberté ou dirigés sur les hôpitaux.

On a compté 657 cas de délire alcoolique : 514 hommes et 143 femmes. En 1879, le nombre des aliénés alcooliques placés était de 513 hommes et 150 femmes, soit, en totalité, 663.

(*Archives générales de médecine.*)

Maison nationale de Charenton :

	H.	F.	D. S.
Population au 1er janvier 1880.	279	285	564
Admis dans l'année.	123	80	203
Total des malades traités.	402	365	767
Sortis ou décédés.	115	65	180
Restant au 31 décembre 1880	287	300	587
Sortis. Par guérison.	19	16	35
Sortis. — amélioration.	12	9	21
Sortis. — transfèrement ou autres causes.	28	24	52
Sortis. Non aliénés	2	»	2
Total des sortis.	61	49	110
Décédés.	54	16	70

Asile Sainte-Anne :

	BUREAU D'ADMISSION		ASILE SAINTE-ANNE		CLINIQUE	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Existant au 1er janv. 1880.	25	124	302	334	102	»
Entrés dans l'année.......	1.487	1.198	253	236	262	»
Total des traités...	1.512	1.322	555	570	364	»
Sortis. par décès..........	86	97	111	46	49	»
par guérison.......	28	38	120	80	91	»
par amélioration....	3	6				
par évasion,........	3	»	»	»	2	»
par transfèrement à l'étranger ou en province.........	2	18	18	87	10	»
par répartition dans les asiles de la Seine...........	1.346	1.073	»	»	126*	»
Total des sorties et des décès	1.468	1.232	249	213	278	»
Restant au 31 déc. 1880 ..	44	90	306	357	86	»

* Retour au bureau d'admission.

Asile de Vaucluse :

	ASILE		COLONIE
	H.	F.	H.
Existant au 1er janvier.....	374	380	86
Entrés dans l'année.......	418	384	24
Total des traités ...	792	764	110
Sortis. par décès..........	129	122	3
par guérison.......	126	102	4
par amélioration....	21	19	7
par évasion	15	»	1
par transfert.......	110	158	4
par autres causes...	»	»	»
Total des décès et des sorties	401	401	19
Restant au 31 déc. 1880...	391	368	91

Asile de Ville-Évrard :

	ASILE		PENSIONNAT	
	H.	F.	H.	F.
Existant au 1er janvier 1880....	289	377	64	80
Entrés dans l'année...........	409	370	55	34
Total des traités...	698	747	119	114
Sortis. par décès..............	99	106	24	9
par guérison...........	55	47	11	7
par amélioration	28	39	8	16
par transfert..........	94	195	1	2
par évasion............	4	2	1	»
par autres causes.......	7	3	9	2
Total des sorties et des décès..	287	392	54	36
Restant au 31 décembre 1880..	411	355	65	78

FAITS DIVERS

Bien que les gardiens des asiles d'aliénés jouissent, en général, d'une réputation détestable, il est juste de reconnaître que certains d'entre eux sont des gens honnêtes, laborieux, expérimentés, capables même, à l'occasion, d'un acte de courage ou du plus intrépide dévouement.

Voici le récit d'un de ces actes méritoires, accompli tout récemment par un gardien de *la Clinique* (asile Sainte-Anne). Les lecteurs nous sauront gré de le porter à leur connaissance, et ils se joindront certainement à nous pour féliciter l'éminent fonctionnaire qui a su si dignement le récompenser.

Le malade M..., séquestré pour un accès de mélancolie avec idées de culpabilité imaginaire, s'occupait dans l'intérieur même du service, sous la surveillance du gardien Aimé (Claude-Paul), préposé aux divers travaux de cuisine.

Le 7 février au matin, au moment où ce gardien ouvrait la porte extérieure pour aller vider un seau d'ordures, il se sent brusquement repoussé par le malade M..., et le voit se diriger en courant vers le parapet qui surmonte l'entrée de la cave d'une hauteur de plus de quatre mètres.

Devinant son projet, le gardien, un vieux serviteur des asiles, *s'élance aussitôt, franchit d'un bond les vingt-deux marches qui donnent accès à la cave, et arrive en bas juste à temps pour recevoir dans ses bras le malade qui, après avoir eu le soin d'ôter sa casquette, s'était précipité la tête la première du haut du parapet, et se serait infailliblement tué sans l'intervention du gardien.*

Celui-ci, renversé par la force du choc, se releva tout meurtri, courbaturé, avec des douleurs dans le bas-ventre qui le forcèrent d'interrompre son service pendant quelques jours. Le malade, lui, n'eut aucun mal.

A la suite de cet incident, le docteur Régis adressa un rapport

à l'administration, demandant un élévation de grade et une récompense pécuniaire pour le gardien Aimé.

Sur la proposition de M. Roux, sous-directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, M. le préfet vient d'accorder au gardien Aimé une gratification de 50 fr., et l'informe qu'il demande en outre pour lui une médaille d'argent à M. le ministre de l'intérieur.

— Un détail intéressant à ajouter à ce récit. Aussitôt après l'incident, certains gardiens du service, commentant le fait, avaient blâmé leur collègue de son acte de dévouement, et avoué que, pour leur part, ils ne se seraient pas exposés ainsi pour un malade.

Aujourd'hui, leur sentiment paraît s'être modifié, et nous ne jurerions pas que la belle récompense accordée par M. le préfet soit restée absolument étrangère à ce changement d'opinion. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, bon nombre d'entre eux seraient assez disposés, croyons-nous, à se dévouer à leur tour dans une circonstance analogue.

Cet exemple portera ses fruits.

LE PRIX HAMMOND, PROPOSÉ PAR L'ASSOCIATION NEUROLOGIQUE AMÉRICAINE.

Sous le titre de *Prix Hammond*, l'Association neurologique de New-York propose un prix de 2,500 fr. à décerner, au mois de juin 1882, à l'auteur du meilleur travail relatif aux *fonctions de la couche optique chez l'homme*.

Les conditions du concours sont les suivantes :

1o Le concours est ouvert à toutes les nations.

2o Les mémoires doivent s'appuyer sur des observations et des expériences originales recueillies sur l'homme et sur des animaux inférieurs.

3o Les mémoires doivent être écrits en anglais, en français ou en allemand (dans ce dernier cas, ils doivent être en caractères italiens).

4o Les mémoires doivent être adressés, affranchis, avant le 1er février 1882, au Dr E. C. Seguin, 41 West, rue no 20, cité de New-York ; chaque mémoire portera une devise, qui devra être répétée dans une enveloppe cachetée contenant la carte de visite de l'auteur.

5o Le mémoire couronné sera la propriété de l'Association qui se chargera de le publier.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle, commencera, le dimanche 20 mars, à 9 heures 1/2 du matin, au grand amphithéâtre de l'hospice, un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle. Il le continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Les premières leçons seront consacrées à l'état mental des hystériques.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imp. de E. Donnaud, rue Cassette, 1.

Edward Jacobs from the Editor Dr Lunier

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

L'Encéphale, nouveau journal des maladies mentales et nerveuses. — Mensonges des hystériques.— Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux. — Ancienneté de la théorie somatique des hallucinations; hallucinations unilatérales. — Alimentation par la sonde œsophagienne à demeure — Association Américaine pour la protection des aliénés et la prévention de la folie.

Nous avons signalé récemment, à propos de la fondation des Archives de Neurologie, l'intérêt de plus en plus marqué qui, dans les grands centres scientifiques, et en particulier à Paris, se manifeste pour les études relatives aux maladies mentales et nerveuses.

Une nouvelle preuve de cette faveur croissante nous est fournie par la publication d'un autre recueil du même genre, l'*Encéphale, journal des maladies mentales et nerveuses*, dirigé par M. le professeur Ball et M. le Dr Luys. L'autorité qui s'attache au nom de ces deux savants est une

garantie certaine de la valeur du nouvel organe dont ils viennent enrichir la littérature médico-psychologique.

Il faut espérer que, grâce aux efforts réunis de la presse scientifique, les membres du corps médical qui, en trop grand nombre jusqu'ici, sont restés étrangers, et il faut bien le dire, un peu indifférents à la connaissance des maladies mentales, finiront par se familiariser avec cette branche importante de la pathologie. Tout le monde y gagnera, malades et médecins.

Dans la séance du 28 mars de la Société médico-psychologique, M. le professeur Lasègue a dévoilé, avec le charme d'exposition et le pittoresque de langage qui lui sont propres, les mensonges habituels, les inventions romanesques, les récits fantasques, qui ne sont, souvent, qu'un mode de manifestation des troubles nerveux de l'hystérie. Il a montré, dans cette névrose protéiforme et décevante, un double dualisme, celui qui existe : au physique, entre une santé à certains égards florissante et irréprochable, et les symptômes morbides, preuves incontestables d'une perturbation profonde du système nerveux ; au moral, entre les apparences de raisonnement intact, de sincérité absolue, et les aberrations pathologiques d'une imagination dévoyée, d'une aptitude illimitée à la dissimulation et à la tromperie.

De la juxtaposition de ces éléments hétérogènes et antagonistes, de l'influence qu'ils exercent les uns sur les autres, se modifiant, s'atténuant, se déformant d'une manière mutuelle, résulte une sorte de moyenne hybride, qui n'appartient, franchement, ni à l'état normal ni à la maladie, qui semble tantôt tout l'un et tantôt tout l'autre, qui constitue, en définitive, un problème hérissé de contrastes, d'invraisemblances, et qu'il est parfois presque impossible de déchiffrer.

M. Lasègue a analysé, avec infiniment de finesse, la manière dont des enfants à tendances vicieuses, certaines

femmes névropathiques et quelques hommes « qui sont femmes sur ce fait » peuvent arriver, par un déplorable entraînement, à inventer des histoires, à imaginer des récits qui, simples au début, se développent graduellement, se compliquent par des inspirations nouvelles à chaque objection qu'on leur oppose, s'enrichissent ainsi de chapitres successifs, jusqu'à former un tout systématisé, un roman définitif, vraisemblable à certains égards, et néanmoins absolument faux et dangereusement trompeur.

Il a insisté sur l'aplomb imperturbable avec lequel ces romans sont débités en termes précis et toujours identiques, uniformité qui frappe les esprits crédules comme un témoignage indéniable de véracité, alors qu'elle est, au contraire un caractère de l'histoire composée de toutes pièces, du thème appris par cœur.

Puisant ensuite dans la riche collection des faits de médecine légale appartenant à sa pratique personnelle, M. Lasègue a montré, par plusieurs récits saisissants, comment la police, l'administration, la magistrature, la diplomatie peuvent être, pendant des mois et des ans, intriguées, égarées, bafouées par des personnages, moitié délirants, moitié fripons, dont on n'est en définitive jamais certain de pénétrer tous les secrets, de déconcerter toutes les machinations.

En entendant cette divulgation de récits si réels et si invraisemblables, il était impossible de ne pas être frappé de leur étroite ressemblance avec tel procès à sensation d'hier ou d'aujourd'hui, et de ne pas se demander, l'esprit inquiet si les égarements d'une imagination, maladivement dévergondée, ne peuvent pas parfois exercer une lamentable influence sur les décisions humaines mêm les plus solennelles.

Souvent, des chirurgiens qui retracent l'histoire de ma-

lades victimes d'accidents ayant atteint la tête, mentionnent, au nombre des symptômes produits par ces traumatismes, des troubles intellectuels; mais il est bien rare qu'ils donnent des renseignements précis sur la nature, la durée, l'évolution de ces troubles.

Souvent, des médecins aliénistes qui écrivent sur la folie, ou qui rapportent des observations de malades qu'ils ont à soigner, mentionnent, au nombre des causes des maladies mentales, des chutes ou des coups sur la tête, mais il est bien rare qu'ils donnent des renseignements précis sur la nature, la localisation, la profondeur de ces traumatismes.

Presque toujours, jusqu'ici, on a étudié séparément, d'un côté les causes, de l'autre les effets; ou du moins, les auteurs qui ont décrit un de ces ordres de phénomènes, avec détails et précision, se contentent de mentionner l'autre d'une manière générale et indéterminée.

C'est là une lacune sur laquelle M. le Dr Azam, de Bordeaux, vient d'appeler l'attention dans un très intéressant mémoire ayant pour titre : « Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux » (*Archives générales de médecine*, février et mars 1881).

« Ce qui est difficile, impossible peut-être, dit-il, c'est de
» trouver dans la science des observations où la mention
» *troubles intellectuels* soit assez développée pour qu'on
» puisse comprendre quelle est celle des facultés de l'es-
» prit qui a été particulièrement atteinte, et aussi quelle
» est la partie du cerveau qui a été lésée. Ce n'est cependant
» qu'avec ces deux notions qu'il sera possible de tirer des
» faits des conclusions sérieuses, conclusions qui donne-
» ront un point d'appui considérable à la localisation
» des facultés intellectuelles et à la thérapeutique des
» maladies du cerveau. »

M. Azam nous apprend qu'en qualité de juge du concours d'agrégation en chirurgie de 1880, il avait eu, un moment,

la pensée de donner cette question comme sujet de thèse; mais, sur l'observation des autres membres du jury, il a dû reconnaître que la question n'était pas mûre et qu'on n'aurait pas pu la poser sans embarrasser les candidats.

Il y aurait, à coup sûr, grand intérêt à faire mûrir cette question, et, dans cette œuvre de maturation, la coopération des médecins d'asile est indispenble. Sans doute ils ne peuvent pas fournir, à eux seuls, tous les éléments de la solution, mais seuls ils peuvent apporter certains de ces éléments et des plus considérables Ils devraient donc fixer leur attention sur l'importante question ainsi mise à l'ordre du jour, et faire connaître les résultats de leurs observations. La réunion de ces résultats partiels ne pourrait manquer d'être instructive.

M. Azam a déjà rassemblé, dans son mémoire, un grand nombre d'observations, empruntées de tous les côtés ; mais il est le premier à reconnaître combien elles sont disparates, pour la plupart incomplètes et peu démonstratives.

Il faudrait maintenant des faits nouveaux, recueillis spécialement en vue du problème à résoudre, classés d'une manière méthodique, et dans l'étude desquels on serait parvenu à bien mettre hors de doute la relation de cause à effet, entre le traumatisme et les troubles intellectuels.

Là, en effet, est la véritable difficulté, car bien souvent des chutes, des coups remontant à une date ancienne, sont invoqués, même de bonne foi, pour expliquer des accidents qui reconnaissent une tout autre cause. Quelle confiance accorder à des statistiques rédigées d'après ces déclarations banales ?

Le degré d'incertitude varie, naturellement, suivant qu'il s'agit d'effets immédiats et transitoires, d'effets persistants et prolongés, ou enfin d'effets éloignés, ne faisant leur apparition que plus ou moins longtemps après la guérison apparente.

Aucun doute n'est possible quand les symptômes cérébraux suivent d'une manière immédiate le traumatisme; ces symptômes sont le coma, l'hébétude et la stupeur, parfois le délire avec ou sans hallucinations, différents degrés d'aphasie, d'agraphie, d'amnésie. Un des plus remarquables à coup sûr, et l'un de ceux qui paraissent le plus fréquents, d'après le travail de M. Azam, c'est une amnésie portant parfois exclusivement sur les faits antérieurs les plus rapprochés de l'accident. Tel malade, même après que tous les autres troubles intellectuels ont définitivement disparu, ne retrouve jamais le souvenir des faits qui se sont passés pendant l'heure ou la fraction d'heure, la journée ou la fraction de journée qui ont précédé la blessure. Ici, il n'y a pas de doute; quelle que puisse être l'explication physiologique de ce symptôme, sa cause est évidemment le traumatisme lui-même.

M. Azam dit, avec raison, que ce symptôme pourrait avoir une certaine importance en médecine légale. Cette idée n'est-elle pas confirmée par un procès récemment plaidé à Saint-Malo et à Rennes, et qui est resté enveloppé d'obscurité? Le 25 janvier 1879, un propriétaire et un entrepreneur visitent ensemble une maison neuve, à l'occasion de laquelle ils sont en contestation. Il restent un certain temps enfermés, sans témoins, dans le grenier ; puis on les retrouve, l'entrepreneur tué par une fiche d'arpenteur qui est plantée dans sa poitrine, le propriétaire la face et la tête meurtries de coups. Que s'était-il passé ? Le propriétaire seul aurait pu le dire, mais il n'a cessé d'affirmer qu'il n'était en état de rien expliquer, qu'il ne se souvenait de rien. Il n'y a pas eu de condamnation. Cet oubli absolu, qui a pu être considéré comme une invention intéressée de la défense, ne pouvait-il pas être, au contraire, aussi sincère, aussi réel, que celui qui est signalé dans un grand nombre des cas de traumatisme cérébral rapportés par M. Azam?

Ce dernier mentionne encore la fréquence des altérations immédiates du caractère et des sentiments affectifs ; il arriverait souvent qu'aussitôt après avoir repris possession d'eux-mêmes, les malades sont devenus irascibles, insociables, indifférents, alors même qu'avant leur blessure ils auraient possédé les qualités opposées à ces défauts. Mais ici, la relation de cause à effet est déjà moins évidente ; ces changements de caractère, qui souvent ne sont que passagers, ne peuvent-ils pas s'expliquer par le chagrin, l'inquiétude de l'avenir, l'affaiblissement lié à la convalescence ?

Il convient de rattacher aux effets prolongés ou persistants des traumatismes les convulsions épileptiformes qui succèdent à certaines lésions crâniennes, et qui, devenues chroniques, de manière à constituer une véritable épilepsie, peuvent être accompagnées de toutes les variétés, si diverses d'aspect, de la folie épileptique. Pour cette catégorie de faits on peut parfois se demander si l'épilepsie n'est pas consécutive à l'impression morale déterminée par l'accident, plutôt que symptomatique de la lésion crânienne elle-même ; mais ce doute n'est pas de mise dans les cas, encore assez fréquents, où la trépanation, pratiquée avec sagacité, permet de découvrir et d'enlever une cause matérielle d'irritation cérébrale, fragments de projectile, esquille, exostose, et fait disparaître, en même temps, les accidents convulsifs et les troubles intellectuels; la guérison montre bien quelle était l'origine du mal.

Nous arrivons enfin aux effets éloignés du traumatisme, c'est-à-dire à ces formes diverses d'aliénation mentale que l'on attribue, avec plus ou moins de réalité, à des accidents remontant parfois à plusieurs années, et dont les suites immédiates paraissaient guéries depuis plus ou moins longtemps.

La lésion crânienne ancienne jouerait ici un rôle analo-

gue à l'ictus spontané auquel M. Lasègue attache tant d'importance pour la pathogénie d'une sorte de diathèse cérébrale, d'imminence vésanique, dont l'évolution se traduirait un jour ou l'autre, par des phénomènes d'aliénation mentale d'une forme quelconque. La majorité des médecins aliénistes admet, croyons-nous, que c'est assez souvent de cette manière que se produit la paralysie générale. Pour les autres formes de maladies mentales, la même étiologie peut bien être vraie, mais elle passe pour moins fréquente et pour moins démontrée.

Nous sommes loin de rejeter cette opinion; nous appelons, au contraire, sur elle toute l'attention des observateurs. Mais nous croyons devoir les prémunir contre le danger de l'admettre trop facilement. Citons à l'appui de cette réserve deux faits personnels. Un officier fait une chute de cheval; peu après on est obligé de le placer dans un asile d'aliénés où l'on constate l'existence de la paralysie générale. Il paraît tout naturel d'attribuer la maladie à la chute de cheval, et c'est à quoi la famille ne manque pas. Mais on apprend, après coup, que les troubles intellectuels ont précédé l'accident; c'est même sous l'influence d'un délire ambitieux déjà bien caractérisé que l'officier d'infanterie, qui n'avait aucune connaissance de l'équitation, s'est mis à monter à cheval, avec témérité. Si l'on n'avait pas fini par connaître ces circonstances, on aurait pu assimiler cette observation à celle que M. Azam cite d'après M. Lasègue, (Obs. XLIII), et cependant elle en diffère complètement par l'étiologie.

Le cas suivant est peut-être plus intéressant encore. Un jeune homme d'excellente famille commet, de 15 à 20 ans, les méfaits les plus variés; sa conduite est caractéristique d'une véritable folie des actes, avec perversion des instincts et absence de tout sens moral. Le médecin soupçonne naturellement une tare héréditaire, mais il ne peut en découvrir aucune; la famille affirme que tout le mal provient de

la chute d'un corps lourd sur la tête de l'enfant dans son bas âge. Le médecin finit par accepter cette explication; il considère même ce cas comme un exemple, très intéressant par sa rareté, mais réellement authentique, de folie morale suite d'un traumatisme ancien. Au bout de quelques années, cependant, un frère du malade, plus jeune que lui, qui n'a jamais fait de chute ni reçu de coup, commence à se comporter comme son aîné et devient comme lui, un véritable fléau de famille. Cette similitude de symptômes chez deux frères ne vient-elle pas démontrer *a posteriori* que l'on avait bien affaire à une maladie de race, à une diathèse innée et que le traumatisme avait été accusé à tort? L'erreur cependant n'aurait jamais pu être reconnue si le malade avait été un fils unique. Il est donc prudent de n'accepter que sous bénéfice d'inventaire les cas de folie fort éloignée du traumatisme, et de ne les admettre qu'en parfaite connaissance de cause.

Nous avons déjà signalé la multiplicité des études contemporaines relatives aux hallucinations et à leur explication théorique. Il ne faudrait pas, cependant, admettre trop facilement que toutes les idées émises récemment, à cet égard, soient précisément nouvelles, et produites pour la première fois dans la science.

C'est ainsi, notamment, que la théorie dite somatique des troubles hallucinatoires, qui a été dans ces dernières années proposée comme une nouveauté, avait déjà été formulée en France, par Foville père, dès 1829, de la manière la plus explicite (Art. Aliénation mentale, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). En effet, cet auteur, abordant l'étude des hallucinations, commençait par décrire une première classe de fausses sensations, avec altération des organes affectés à recevoir les impressions, dont il disait : « L'ophtalmie, l'ozène, l'otite, en sont bien » souvent la principale cause; néanmoins les perceptions

» fausses qui arrivent dans ces cas supposent le plus sou-
» vent une certaine altération dans l'organe de l'intelli-
» gence, ou au moins une très grande susceptibilité à s'al-
» térer sous l'influence d'une cause excitante », et il rapportait plusieurs cas d'altération matérielle de nerfs sensoriels chez des hallucinés chroniques.

Quant aux fausses sensations, sans altération des organes affectés à recevoir les impressions, après avoir rappelé la théorie toute psychologique d'Esquirol, il s'exprimait ainsi: « Malgré le respect et la déférence que je professe pour
» la lumière et l'autorité de M. Esquirol, je ne puis parta-
» ger cette manière d'envisager les hallucinations. Plu-
» sieurs raisons m'empêchent de les considérer comme un
» travail de l'imagination qui reproduirait les idées ancien-
» nes et leur donnerait de la réalité..... Pour moi, les
» hallucinations sont liées à la lésion des parties nerveuses
» intermédiaires aux organes des sens et au centre de per-
» ception, ou à l'altération des parties cérébrales auxquelles
» aboutissent les nerfs des sensations » (p. 490, 491).

Et comme conclusion de ses études sur les sensations délirantes des aliénés, il disait: « Par conséquent, toutes
» les fois qu'un malade éprouvera de fausses perceptions,
» on devra étudier avec le plus grand soin l'état des orga-
» nes auxquels il les rapporte et faire tous ses efforts pour
» remédier aux dérangements qu'ils peuvent offrir. »

Il nous a paru intéressant d'évoquer ces citations, à propos d'un mémoire sur les hallucinations unilatérales que vient de publier M. le Dr Régis (l'*Encéphale*, 1er numéro, p. 43).

L'auteur y dit au début: « La tendance évidente de l'école
» moderne est d'admettre, à un degré quelconque, l'inter-
» vention de l'élément somatique dans la production de
» l'hallucination. Preuves logiques et matérielles s'accu-
» mulent chaque jour en faveur de cette opinion, et il est
» aisé de prévoir l'heure où la théorie purement psycholo-

» gique finira par disparaître après avoir brillé d'un si vif
» éclat. » Et il se contente de citer les travaux tout récents de MM. Luys, Ritti, Tamburini, Voisin.

Plus loin il s'exprime ainsi : « Nous avons vu que les
» partisans de l'origine physique de l'hallucination locali-
» saient sa raison anatomique, les uns dans les organes
» périphériques des sens, les autres dans les ganglions ré-
» cepteurs de la couche optique, les autres enfin dans les
» centres corticaux des hémisphères. Ces diverses théories
» nous paraissent trop exclusives et trop restrictives, et
» nous croyons, pour notre part, que l'hallucination peut
» naître aussi bien d'une lésion sensorielle périphérique,
» que d'une altération des centres récepteurs des sensa-
» tions ou de ceux de l'idéation.

» Nous venons de faire une large part à l'élément soma-
» tique dans la genèse de l'hallucination ; mais nous nous
» hâtons de déclarer que cet élément n'est point le seul à
» intervenir dans la production de ce phénomène patholo-
» gique, et que l'élément intellectuel y entre aussi pour
» une part importante. »

Et comme principale conclusion de son travail, il dit en terminant : « Il convient d'examiner attentivement les or-
» ganes des sens chez les hallucinés ; non seulement parce
» qu'en ce faisant on multipliera les preuves en faveur de
» l'intervention de l'élément somatique dans la genèse des
» phénomènes hallucinatoires, mais aussi, parce qu'en
» traitant la lésion sensorielle, on pourra arriver, dans
» certains cas, à faire disparaître l'hallucination et le dé-
» lire qui lui était lié. »

Que l'on compare les deux séries de citations que nous venons de transcrire, et l'on verra que, s'il y a une certaine différence dans le vocabulaire des deux époques, la plus complète identité existe du moins dans les idées et dans la manière de les présenter ; la théorie toute moderne aurait donc pu faire valoir, à l'appui de ses inno-

vations, une autorité qui la confirme de tous points, et qui remonte à plus de cinquante ans, ce qui ne laisse pas que d'augmenter les présomptions en faveur de son exactitude.

On n'en doit pas moins féliciter M. Régis, dont la parfaite bonne foi dans cette rencontre ne saurait être mise en doute, d'avoir réuni plusieurs observations intéressantes d'hallucinations unilatérales et d'avoir montré « que parmi les » preuves qui ont été données en faveur de l'intervention » des organes des sens dans la production des hallucinations, » il n'en est pas de plus concluante que l'existence des hallu » cinations unilatérales; et cela, en raison de l'origine réelle» ment matérielle de ce phénomène, de ses caractères spéciaux » et de son évolution manifestement subordonnée à l'évo» lution de la lésion sensorielle qui lui a donné naissance. » Nous nous joignons à M. Régis pour engager les médecins d'asile à recueillir avec soin les observations des malades atteints d'hallucinations unilatérales qu'ils peuvent avoir dans leurs services; dans quelques cas, sans doute, ils trouveront un état maladif de l'organe du sens lui-même; mais, d'après certains souvenirs personnels, nous pensons que d'autres fois, leurs recherches à cet égard seront vaines et que l'altération morbide devra être rapportée aux centres nerveux plutôt qu'à l'appareil périphérique.

On ne manque jamais, lorsque l'on fait l'énumération des nombreux instruments inventés pour pratiquer l'alimentation forcée, chez les aliénés qui refusent la nourriture, de citer la sonde à demeure proposée par Leuret. Il s'agissait d'un tube flexible, composé de plusieurs couches de baudruche superposées, que l'on devait introduire par une narine dans l'œsophage et l'estomac, et qui, restant constamment en place, devait permettre de faire aussi souvent qu'on le voudrait des injections alimentaires, sans que l'on fût astreint aux inconvénients, parfois même aux dangers, d'un

cathétérisme répété. (V. *Annales médico-psychologiques*, 1845, VI, p. 411.)

L'idée pouvait être ingénieuse, mais elle est restée dans le domaine théorique. Leuret lui-même n'en a fait qu'une fois l'application et sans grand succès, croyons-nous; aussi ne paraissait-elle avoir jusqu'ici qu'un intérêt historique.

Un fait récent est de nature à la remettre en honneur. (V. *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1881.)

M. Krishaber vient de communiquer à la Société de chirurgie, et de publier, une observation dans laquelle il a pratiqué l'alimentation à l'aide d'une sonde laissée en place pendant trois cent cinq jours. « Ne voulant plus, dit-il, » après avoir sondé la malade deux ou trois fois, l'expo- » ser aux dangers du cathétérisme répété, et prévoyant, à » courte échéance, l'impossibilité de la continuer, je ré- » solus de pratiquer l'opération une dernière fois et de » laisser la sonde à demeure. J'ai donc introduit la sonde » par une des narines. Dès qu'elle fut parvenue dans l'es- » tomac, je la fixai en plantant une aiguille à quelques cen- » timètres de l'extrémité libre; autour de l'aiguille fut » enroulée une bande que j'attachai au front de la malade. » Dès lors l'alimentation se fit sans difficulté; à la sonde » on adaptait le bout d'un irrigateur, et quatre fois par » jour on injectait du lait, des œufs crus et même de la » viande hachée et délayée dans du bouillon ou dans du » vin; les médicaments furent administrés par le même » procédé. Dans les premiers jours qui suivirent l'introduc- » tion de l'instrument, il survint un certain degré de coriza, » avec douleur du nez s'irradiant vers la tête, mais peu à » peu la tolérance fut obtenue et la malade n'accusa plus » de gêne. L'alimentation se fit normalement et sans » encombre. »

Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une aliénée, mais d'une femme atteinte d'une tumeur maligne de l'entrée de l'œsophage et du larynx. La maladie fit des progrès, im-

mobilisa la sonde et entraîna la mort, trois cent cinq jours après la mise en place de la sonde. Celle-ci au moment où elle fut extraite, ne paraissait nullement altérée, même dans la partie qui avait séjourné à l'intérieur de l'estomac.

M. Krishaber a, depuis, appliqué le même procédé, chez un homme, pendant quarante-six jours. Dans les deux cas, et cela est un détail pratique important, il a fait usage de sondes en caoutchouc.

Il est certain que le plus habituellement on peut nourrir les aliénés sitiophobes sans recourir à ce moyen. Mais il y a des circonstances où les procédés habituels ne laissent pas que de se heurter à des difficultés sérieuses; il pourrait être bon, alors, de connaître le précédent dû à l'initiative de M. Krishaber, et, si les conditions du cas le permettaient, d'imiter sa conduite.

On sait combien, en Angleterre et surtout en Amérique, le public a l'habitude d'intervenir sous la forme d'associations dues à l'initiative privée, dans l'étude de questions d'intérêt social. C'est ce qui vient d'avoir lieu à New-York, en ce qui concerne le régime des aliénés. En même temps que le gouvernement, mis en demeure de rechercher les améliorations à apporter dans les asiles publics, nommait une commission d'enquête composée de trois membres du sénat (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1881, p. 11), une société privée se formait sous le titre de : Association nationale pour la protection des aliénés et la prévention de la folie. Dans une séance tenue le 11 novembre 1880, à New-York, le conseil de la nouvelle Association a adopté les résolutions suivantes :

Il sera nommé trois comités composés de cinq membres chacun, chargés :

Le premier, de prendre les mesures les plus propres à décider les collègues médicaux, les journaux de médecine, les autorités directrices des asiles, à faire tout ce qui sera

en leur pouvoir pour propager, dans le corps médical, la connaissance des maladies mentales, et pour en faciliter l'étude aux médecins désireux de la mieux connaître.

Le second, de rassembler le plus de renseignements et de données statistiques possible sur le mode d'emploi et la fréquence de l'usage des moyens de contrainte, ainsi que sur l'application des malades au travail manuel dans les asiles américains.

Le troisième, de contribuer, de la manière qui paraîtra la plus avantageuse, au succès de l'enquête actuellement faite par le comité nommé par le sénat.

Ces trois comités devront présenter leur rapport au mois de juin prochain.

Le but de leurs investigations, dit le *Journal pour les maladies nerveuses et mentales* (nº de janvier 1881, p. 52), ne doit pas être de tourmenter les médecins des asiles, ni d'afficher le parti pris de tout trouver mal, mais bien de découvrir ce qui laisse à désirer dans l'organisation du service des aliénés dans notre pays et de rechercher les moyens de mieux faire.

Cette manière de procéder en dehors de l'administration, dans un domaine qui est essentiellement de son ressort, n'est pas dans les habitudes françaises. Mais elle est entièrement conforme aux usages américains. Il sera intéressant de connaître les résultats obtenus par la nouvelle Association et surtout les moyens pratiques d'amélioration proposés par elle.

A. F.

Pathologie

CONSCIENCE

ET

ALIÉNATION MENTALE

Par M. le Dr DAGONET
Médecin de l'asile Sainte-Anne.

L'aliénation mentale se caractérise, on le sait, par les manifestations délirantes les plus diverses. Ce que l'on constate, c'est le désordre survenu du côté des facultés morales et intellectuelles, ce sont des idées fixes, des erreurs d'appréciation, de l'incohérence, des troubles variables de la sensibilité générale et spéciale, un changement de caractère, une aberration de la conscience, etc.; ces troubles se manifestent dans la généralité des cas en dehors de tout autre symptôme physique, les fonctions organiques continuent à s'accomplir avec leur habituelle régularité et, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'apprécier l'altération anatomique correspondant au désordre psychique observé pendant la vie.

Des auteurs ont émis à ce sujet de savantes théories, des hypothèses plus ou moins hasardées, mais qui ne peuvent s'affirmer par une démonstration scientifique.

Il ne saurait être question ici, bien entendu, des affections mentales qui s'accompagnent de démence ou de pa-

ralysie ; dans ce cas, en effet, l'atrophie et la destruction des éléments nerveux, ou bien l'irritation fluxionnaire et la dégénérescence que l'on remarque dans la paralysie générale nous rendent compte, après la mort, de l'affaiblissement des facultés et des manifestations délirantes remarquées pendant la vie.

En attendant que nous puissions arriver à cette connaissance nécessaire, il nous paraît indispensable, si nous voulons pénétrer plus avant dans l'étude de l'aliénation mentale, d'examiner attentivement ces troubles intellectuels, considérés en eux-mêmes, comme Griesinger l'a fait d'ailleurs dans son traité des maladies mentales; ils forment, en effet, les symptômes caractéristiques de la folie. Cette étude, nous devons la faire à un point de vue essentiellement clinique, laissant de côté toute donnée de psychologie pure. En tête de ces désordres psychiques il nous faut placer les anomalies que l'on rencontre du côté de la conscience.

Il importe tout d'abord de bien s'entendre sur ce que l'on doit désigner sous le nom de conscience.

« La conscience, dit Littré, est le sentiment intime, im-
» médiat, constant, de l'activité du moi dans chacun des
» phénomènes de la vie morale et intellectuelle.

» Au point de vue religieux, on désigne sous le nom de
» conscience le sentiment des fautes commises ; cette der-
» nière dépend évidemment de la première ; elle en est
» une partie. » (*Dict. Littré.*)

La conscience personnelle est, pour le Dr Prosper Despine, la connaissance par l'esprit de ses opérations, de ses pensées, donnant la conviction de leur existence ; elle nous permet de les affirmer quand elles existent, de les nier quand elles n'existent pas, de porter des jugements à leur égard. (*Folie ph. et psych.*, p. 27. Dr Prosper Despine.)

L'expression de conscience devra donc être réservée dans

cette étude succincte, comme elle l'est d'ailleurs pour la plupart des auteurs, à la connaissance intime de nous-mêmes, à celle des opérations morales et intellectuelles qui se passent en nous.

On peut dire que c'est la conscience qui fixe, en les réfléchissant, les phénomènes de la vie intime, de manière à permettre à la mémoire d'en conserver le souvenir. Elle est la force qui éclaire l'esprit et dirige la raison. Elle résume, en un mot, le sentiment de la personnalité et elle subit les transformations que ce dernier vient à éprouver lui-même sous l'influence de la maladie.

Ces transformations ne sauraient faire l'objet d'aucune espèce de doute, nous les étudierons plus loin : elles se manifestent dans les circonstances les plus diverses. « Quelques gouttes d'alcool, apportées dans le cerveau » par la circulation, suffisent à rendre un homme autre » que lui-même. Eh bien! ce que le vin produit pour » quelques heures, un travail pathologique le produit d'une » façon permanente dans certaines conditions. La patho- » logie psychique nous montre que la mémoire et la per- » sonnalité, ces deux états mentaux qui ont une connexion » incontestable, sont des phénomènes complexes, suscep- » tibles de se dédoubler. » (Littré, *Phil. posit.*, 1878, p. 471.)

La conscience peut-elle disparaître lorsque des actes intelligents et logiques continuent à se produire? Un auteur anglais, M. Irrland, conteste une semblable opinion ; il soutient que la conscience assiste à tous nos actes. Les actes intelligents, considérés comme étant de nature réflexe, ne peuvent pas, suivant lui, se passer entièrement de la conscience. « Un homme absorbé ne se dirige plus... » Socrate, plongé dans ses méditations devant la ville de » Potidée, demeure immobile un jour et une nuit à la » même place... Lorsqu'un certain nombre d'actes sont » exécutés rapidement, ils n'échappent pas à la con- » science, mais le résultat de leur succession rapide est de

» les faire oublier. La conscience n'a pas manqué à leur
» accomplissement, mais la mémoire n'a pas gardé le
» souvenir de l'effort déployé pour les produire.... Un
» grand nombre de faits d'ordre mental et physique dont
» nous avons été un jour conscients ont complètement
» disparu de notre esprit ; ce sont ces faits qui donnent
» sa véritable force à la cérébration inconsciente. En un
» mot, la mémoire est séparable de la conscience ». D'après
l'auteur que nous citons l'état somnambulique aurait pour
caractéristique la conscience sans la mémoire. (*Mental science*, 1875, analysé par MM. Dumesnil et Pons, *Ann. méd.-psych.*, mars 1879.)

Nous n'avons pas à faire ici une étude de simple psychologie, par conséquent nous ne nous arrêterons pas sur les faits si complexes de la conscience et les explications qui leur ont été données par les différents auteurs. Nous n'examinerons pas si l'immense majorité de nos richesses mentales demeure toujours, comme le veut Hamilton, hors de la sphère de la conscience, cachée dans les plus obscurs replis de l'esprit, ou bien si l'on doit admettre, avec d'autres auteurs, qu'il n'y a pas de cas d'inconscience absolue, mais seulement d'inconscience relative; qu'il n'y a, comme le veut Leibnitz, dans la conscience qu'une infinité de degrés qui exclut précisément le zéro d'intensité, c'est-à-dire l'inconscience.

Sans rechercher, avec M. Léon Dumont, si la sensation n'est pas une forme particulière de la conscience, ce qui conduirait à considérer cette désignation de sensation *inconsciente* comme une expression absolument contradictoire (*Revue sientifique*, 28 décembre 1872), nous nous bornerons à résumer les faits tels que l'observation nous les présente chez les aliénés.

On a voulu assigner à la conscience un siège anatomique ; nous nous bornerons à jeter un coup d'œil rapide sur les théories qui se sont produites à cet égard. Les don-

nées de la science restent de ce côté, on le comprend, extrêmement obscures.

D'après Claude Bernard, il existerait dans le cerveau des centres nerveux élémentaires *conscients*, comme il existe des centres moteurs et sans doute des centres sensitifs. C'est là, d'ailleurs, une simple hypothèse à laquelle l'illustre physiologiste n'a pas cherché à donner une preuve scientifique.

M. le Dr Prosper Despine, cité par le Dr Ritti (*Ann. méd.-psych.* juillet 1879, p. 104), se demande si la substance grise corticale, consacrée à manifester les facultés psychiques, est la même que celle qui manifeste le *moi*, cas dans lequel une paralysie incomplète de cette substance, suffisante pour empêcher la manifestation du *moi*, serait insuffisante pour empêcher la manifestation des facultés psychiques; ou bien, s'il y a dans cette substance grise corticale un groupe spécial de cellules, ou agglomérées en noyau, ou agglomérées en étendue, qui préside à la manifestation du *moi*, groupe qui serait distinct de celui qui préside à la manifestation des facultés psychiques.

« M. le Dr Luys, dit M. Ritti, avait déjà conclu de ses » études que les différentes couches de la substance grise » corticale avaient des fonctions différentes, que la plus » superficielle présidait au sensorium, la moyenne aux » facultés intellectuelles et instinctives, et enfin la plus » profonde à la transmission de la volonté par l'action.

» De ces données, ajoute M. Ritti, le Dr Despine croit » devoir déduire que certaines conditions pathologiques » pourraient déterminer la paralysie *nerveuse* de la couche » la plus superficielle de la substance grise des circon- » volutions avec persistance de l'activité de la couche » moyenne et de la couche profonde; lorsque la couche » moyenne se trouve également paralysée, il ne se mani- » feste alors aucune faculté psychique. Cette suspension » de l'activité psychique dépendrait d'un état d'anémie

» ou d'ischémie de ces régions, soit d'une congestion ou » d'une toute autre cause dont la science est aujourd'hui » impuissante à fournir la démonstration. » (*Ann. méd.-psych.* juillet 1879.)

Nous devons admettre avec le professeur Tyndall que les effets produits sur le système nerveux sont étranges et, le plus souvent, inexplicables.

Un homme, plongé dans le plus profond assoupissement, reçoit tout à coup une mauvaise nouvelle et le voilà pris aussitôt d'une activité dévorante. Sans doute ses muscles se sont contractés, mais que s'est-il donc passé dans son cerveau et quel a été le moteur, la force qui a mis toutes ses cellules en mouvement?

La science prouve que les différentes sensations, frayeur, espérance, etc., sont des phénomènes physiques; mais le problème en trouve-t-il par cela même sa solution? Quels sont les rapports de l'objectif et du subjectif?

Les sciences physiques nous prouvent-elles que les molécules puissent être mises en mouvement par les états de la conscience? Mais nous n'avons pas plus de preuves pour affirmer que la conscience puisse l'être par les molécules? Ce que l'on peut répondre à toutes ces questions, c'est que personne n'en sait rien (*Mental science*, avril 1878.)

Les idées de M. Carpenter sur l'activité cérébrale inconsciente sont en parfait accord avec sa physiologie du cerveau. On sait, en effet, qu'il admet deux centres d'activité dans l'encéphale : 1° la substance grise périphérique; 2° le sensorium. Dans le premier s'élaborent les idées. Le second a pour fonction de recevoir les impressions sensorielles et aussi les impressions *mentales*. Il est donc le siège de toute conscience. C'est en lui que le *moi*, le libre arbitre, le will de M. Carpenter, l'âme enfin, se met en rapport d'une part avec les sens, de l'autre avec les cellules corticales du cerveau et transforme les impressions qui lui viennent en perceptions et en volitions. Le rôle du

sensorium est donc des plus importants. Par malheur pour cette séduisante théorie, le corps strié et la couche optique, pouvant être simultanément lésés, leur rôle peut être annulé sans que la conscience soit détruite. Aussi M. Bucknill persiste-t-il avec M. Maudsley et bien d'autres à localiser la conscience dans la couche corticale périphérique. (*Mental science,* juillet 1874. Analyse par les Drs Dumesnil et Pons. *Ann. méd.-psych.*, mars 1878.)

Quoi qu'il en soit, à l'état physiologique, l'homme a conscience de lui-même ; il connaît et comprend ce qui se passe en lui ; sous l'influence de diverses circonstances et surtout dans l'état pathologique, on observe de ce côté les transformations les plus singulières ; la conscience peut disparaître lorsque les autres facultés continuent cependant à fonctionner avec leur apparente intégrité ; elle peut être conservée au contraire malgré le trouble intellectuel le plus complet. Ce sont ces anomalies qu'il nous a paru intéressant de résumer succinctement.

I. — CÉRÉBRATION INCONSCIENTE. — PERTE MOMENTANÉE DE LA CONSCIENCE.

La conscience, l'appréciation juste, réfléchie, le sentiment intime de nous-mêmes, varie non seulement dans l'état de maladie, mais encore à l'état de santé, suivant certaines conditions psychologiques sous l'influence desquelles nous pouvons être accidentellement placés.

La passion chez l'homme, jouissant de sa santé, est l'une de ces conditions qui vient profondément modifier notre manière de juger et de sentir. Sous l'influence de cette disposition plus ou moins marquée nous ne pouvons plus porter sur les faits qui se passent hors de nous et sur les personnes qui nous entourent qu'une appréciation absolument inexacte. Nos jugements sont par suite entachés d'erreur ; les impulsions qui nous dominent alors de-

viennent violentes et nos déterminations sont en rapport avec ce nouvel état de la conscience. C'est là un fait d'observation commune sur lequel nous n'avons pas à insister.

Les faits dont nous voulons nous occuper sont d'une tout autre nature, ils sont d'un ordre absolument pathologique. La conscience peut disparaître tout à coup, être entièrement supprimée, tandis que l'on voit s'accomplir d'une manière plus ou moins régulière les phénomènes de la vie intellectuelle. L'individu pense, agit, mais sans avoir la moindre conscience de ce qu'il fait et, plus tard, lorsqu'il reprend la connaissance de lui-même, il ne conserve plus, dans la généralité des cas, le souvenir de ce qui s'est passé dans cet état d'inconscience.

On a décrit, dit le Dr Ritti, sous le nom de cérébration inconsciente, automatisme cérébral, inconscience, toutes expressions équivalentes, les cas où le cerveau, sans manifester la conscience, produit des actes semblables à ceux que le *moi* combine et commande. (*Ann. méd.-psych.*, juillet 1879.)

Cet automatisme cérébral peut s'observer dans l'état de santé sous l'influence d'une excitation cérébrale particulière ; un homme, par exemple, n'a pas pu malgré tous ses efforts résoudre un problème, il s'endort et trouve tout à coup, à son réveil, la solution du prob'ème si ardemment cherchée.

Mais cet automatisme se manifeste d'habitude sous l'influence des conditions pathologiques les plus diverses.

Le Dr Ritti fait remarquer que l'automatisme cérébral a pris naissance dans les découvertes de la physiologie des centres nerveux inférieurs. Le phénomène réflexe de la moelle a créé le phénomène réflexe cérébral.

« A l'état normal, dit le Dr Ritti, l'activité automatique » du cerveau comprend les mouvements, les actes qui, » longtemps commandés et dirigés par l'initiative cons» ciente du moi, sont entrés dans le domaine de l'auto-

» matisme cérébral au moyen de leur répétition, c'est-à-
» dire au moyen de l'habitude; il en est de même des
» actes instinctifs qui sont naturellement en rapport avec
» l'activité actuelle de l'esprit, de la conscience, et qui
» suivent cette activité sans cependant que l'esprit com-
» mande et dirige ces actes. »

» Comme exemple d'actes appris, puis retenus par
» l'effet de leur répétition, c'est-à-dire par l'effet de l'ha-
» bitude, on peut citer la marche, certains travaux ma-
» nuels exécutés machinalement, sans y penser, etc... On
» connaît tous les services que rend au musicien, à l'ora-
» teur et même à ceux qui ne sont ni musiciens, ni ora-
» teurs, la mémoire automatique.

» Les organes nerveux automatiques, ajoute le Dr Ritti,
» peuvent être tellement imprégnés d'impressions reçues
» par des actes antérieurement voulus et commandés,
» souvent par l'activité consciente du cerveau, que ces
» actes ont pu être reproduits alors que cette activité a
» été abolie pour toujours. On peut en citer pour exemple
» le fait rapporté par le savant physiologiste anglais
» Lewes. Il s'agit d'un apoplectique, frappé à mort, qui,
» sans sortir du coma où il était plongé, prenait sa montre
» au chevet de son lit et faisait sonner l'heure avec l'air
» d'une profonde attention. On peut trouver de nombreux
» exemples sur cette question dans les travaux publiés
» par MM. Luys, Herbert Spencer et un grand nombre
» d'autres physiologistes et psychologues. » (*Ann. méd.-psych.*, juill. 1879. — Dr Despine, cité par Ritti.)

Parmi les actes automatiques instinctifs, ceux qui présentent les caractères des actes réflexes cérébraux, on peut citer l'expression de la physionomie, les gestes, les attitudes du corps, en un mot tous les phénomènes mimiques. La haine, la colère, l'orgueil la ruse, l'admiration, etc., déterminent chez tout individu qui les éprouve les mêmes contractions musculaires et, par conséquent,

une expression semblable; et cela, non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. C'est à l'occasion de ces actes instinctifs que Gratiolet a dit : Il est impossible d'être saisi d'une idée vive, sans que le corps mette à l'unisson de l'idée.

Ces faits d'automatisme cérébral qui s'observent dans l'état de santé et qui sont une des conditions nécessaires des fonctions nerveuses, ne sauraient être confondus avec les anomalies qui se produisent sous l'influence de l'état pathologique et que nous décrirons rapidement.

Le professeur Ball a développé sur l'automatisme cérébral d'intéressantes observations que nous nous faisons un plaisir de résumer.

« Nous savons, dit-il, que tous ces phénomènes automatiques s'expliquent par la structure des centres nerveux et par les propriétés de certains groupes spéciaux de cellules qui jouissent du privilège de transformer les sensations en mouvements... Il en résulte que des actes parfaitement spontanés en apparence peuvent s'accomplir sans le secours de la volonté et même sans que nous en ayons la conscience.

» Non seulement l'activité cérébrale n'est pas toujours volontaire, mais il arrive souvent qu'elle est parfaitement inconsciente. Lorsqu'au milieu d'une conversation animée, nous cherchons à nous rappeler un nom, un fait qui nous échappe, il nous arrive souvent de le retrouver longtemps après, au moment où nous y pensons le moins. Un travail inconscient s'est opéré dans notre cerveau et, sans aucune intervention de la volonté, nous rentrons en possession de l'idée que nous avions momentanément perdue.

» Les penseurs qui pendant un long espace de temps ont fixé leur attention sur un problème difficile, sont quelquefois frappés par une idée qui éclate subitement comme une révélation inattendue et qui leur apporte la solution qu'ils avaient vainement cherchée.

« Les rêves nous offrent encore un exemple d'un travail absolument involontaire de l'esprit. Une série d'idées plus ou moins logiquement enchaînées, mais sur lesquelles nous ne pouvons exercer aucune influence, se déroule devant nous, et les conséquences de cet état se prolongent souvent après le réveil.

» Si l'on quitte la physiologie pour entrer dans le domaine de la pathologie, le somnambulisme se présente à nous comme la réalisation la plus complète de l'automatisme de Descartes. D'après le témoignage unanime de tous les auteurs, le somnambule semble avoir complètement perdu la conscience de ses actes; ce qui ne l'empêche nullement de vaquer avec régularité à ses occupations ordinaires, et même de se livrer avec succès à des travaux intellectuels. Le domestique de Gassendi servait à table pendant ses accès; et Condillac, qui était somnambule, a écrit quelques-unes de ses meilleures pages dans cet état.

» Dans le cas si remarquable que M. Mesnet a tout récemment fait connaître, on pouvait à volonté modifier les idées du somnambule en lui présentant un objet quelconque. On lui mettait une plume à la main, aussitôt il s'asseyait et commençait à écrire une lettre ; on lui donnait un rouleau de papier qu'il prenait pour un cahier de musique, il se mettait aussitôt à chanter une romance, etc. Chaque objet nouveau semblait éveiller une nouvelle série d'idées.» (Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 1881, p. 44 et suivantes.)

Une démonstration remarquable a été faite à ce sujet, tout récemment, devant la chambre des appels correctionnels de la cour de Paris par les Drs Motet et Mesnet. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, ouvrier arquebusier de son état, condamné en octobre dernier pour délit d'indécence dans un urinoir public. Il protestait de son innocence et ne se souvenait de rien.

Le Dr Motet a offert aux magistrats, qui l'ont accepté séance tenante, de faire à ce sujet une expérience démonstrative ; il a fourni auparavant les renseignements suivants sur le malade.

Didier est atteint d'une névrose extraordinaire. Il vit dans un état de somnambulisme habituel et dont on peut aussi à volonté provoquer les accès. Les médecins qui l'ont observé à l'hôpital Saint-Antoine ont constaté chez lui l'absence absolue de volonté, et sa soumission automatique à toutes les injonctions.

Lorsque Didier se trouve en état de somnambulisme, on peut lui faire écrire une lettre sans qu'il ait conscience de ce qu'il fait ; de plus, cet acte peut être accompagné de phénomènes très étranges. C'est ainsi que si, ayant devant lui deux feuilles de papier, on lui retire celle où il a commencé à tracer des caractères, il continue à écrire sur la feuille inférieure, sans s'apercevoir de la substitution.

Les individus de cette catégorie sont si singuliers qu'ils peuvent rester n'importe où dans un état de somnambulisme susceptible de se prolonger pendant trois ou quatre heures. Ils demeurent immobiles, n'ayant conscience ni des lieux où ils sont, ni du temps, ni de l'espace.

Didier est sujet à des hémorrhagies ; il perd aussi beaucoup de sang par les hémorrhoïdes. Le jour de son arrestation, il avait eu un crachement de sang qui a rempli une cuvette.

Un jour, il fut pris, place de la Bastille, d'un accès de somnambulisme au milieu de ses camarades, qui durent le transporter dans un garni. A l'hôpital Saint-Antoine, un interne l'a vu une nuit s'habiller et copier des cahiers de musique. Il s'acquitta très bien de cette tâche en dormant. Le lendemain, il était tout surpris d'avoir fait ce travail.

Une autre fois, dans l'obscurité, un autre interne lui dit : « Regardez-donc, Didier, voilà une jolie femme. » Il

n'y avait personne. Didier reprit : « Mais non, elle est laide, » et il ajoute : Qu'a-t-elle dans les bras ? Ces questions se rapportaient exactement à ce que pensait son interlocuteur. A un certain moment, Didier se précipita même pour empêcher de tomber l'enfant qu'il croyait voir dans les bras de la femme imaginaire dont on lui parlait. (*Gaz. des tribunaux*, janvier 1881.)

Les anesthésiques produisent de ce côté les phénomènes les plus remarquables. Sous leur influence, on voit se manifester d'abord l'affaiblissement de l'activité consciente des hémisphères cérébraux ; puis la paralysie complète de cette activité consciente avec persistance de l'activité automatique du cerveau et des autres actes nerveux automatiques ; en dernier lieu, la paralysie des deux modes d'activité du cerveau, consciente et automatique.

Il y a une dose de l'anesthésique, dit M. A. Dastre, par laquelle la conscience et la sensibilité seront éteintes, tandis que les autres fonctions seront épargnées, c'est l'état que le chirurgien cherche à obtenir. En associant la morphine et le chloroforme, on produit une dissociation curieuse des fonctions nerveuses. On voit persister la conscience, tandis que la perception a disparu. Le sujet a conservé le sentiment de lui-même et du monde extérieur ; il voit, il entend, il juge ; il répond avec convenance aux questions qu'on lui pose ; il obéit avec docilité aux ordres qu'on lui donne ; il sent le contact de l'instrument qui le mutile, mais il ne sent pas la douleur. Il assiste, comme un témoin indifférent, à l'opération qu'il subit. (*Revue des Deux Mondes*, 15 déc. 1880, p. 864 et 874.)

Sous l'influence des narcotiques, du hachisch, on peut observer des faits curieux de conservation plus ou moins entière de la conscience au milieu du désordre des autres facultés déterminé par l'intoxication narcotique. Le Dr Gerdy raconte qu'il avait pris une fois du hachisch, étant interne à l'hôpital Saint-Antoine ; il a conservé le sou-

venir de l'effroyable stupeur dans laquelle était plongé son *moi* raisonnant en voyant le dévergondage d'idées de son *moi* déraisonnant, et l'horrible crainte qu'il avait de ne pas voir cesser un pareil état. (Société de médecine de Paris, séance du 22 février 1879.)

C'est là un fait qu'on a désigné à tort peut-être sous le nom de dédoublement de la conscience et qui se rattache, au contraire, à la conservation de la conscience, malgré le trouble survenu du côté des autres facultés: nous y reviendrons dans la suite. Pour le moment, nous voulons nous borner à résumer quelques-unes des affections dans lesquelles on peut rencontrer ce phénomène auquel on a donné le nom de cérébration inconsciente.

L'automatisme cérébral, le travail cérébral inconscient, peut se rencontrer, nous l'avons dit, dans les affections mentales et nerveuses les plus diverses. C'est ce qui caractérise en particulier la folie impulsive inconsciente.

L'intoxication alcoolique, les accès d'alcoolisme aigu présentent, sous ce rapport, au milieu d'autres signes caractéristiques, les symptômes les plus remarquables et les plus complexes. L'on peut ajouter que, dans ce cas, les malades sont d'autant plus dangereux qu'ils ont perdu l'entière conscience d'eux-mêmes. Cette perte de conscience survient au milieu de troubles intellectuels très variables.

Tantôt on la voit se produire dans un accès d'alcoolisme aigu porté au plus haut degré d'intensité. L'individu, en proie à des hallucinations effrayantes et aux troubles de la sensibilité générale les plus pénibles ; est hors d'état de se replier en lui-même et de faire une appréciation quelconque, si peu raisonnée qu'elle soit, des étranges sensations auxquelles il est en butte. Il entend des bruits épouvantables, il voit autour de lui des bandes d'individus armés de couteaux et de couperets, sa terreur devient indescriptible, il appelle à son secours ; il ressent en même

temps des crampes, une violente céphalalgie, la vue est profondément troublée et devient par cela même une cause des plus étranges illusions; rien ne manque à la symptomatologie de l'accès d'alcoolisme; la frayeur est alors le seul mobile qui dirige ses actes, il n'a aucune conscience de ce qui se passe en lui et autour de lui.

L'accès d'alcoolisme aigu peut déterminer la perte absolue de la conscience sous l'influence d'une sorte d'état congestif, tel qu'on l'observe à la suite de l'attaque épileptique ou épileptiforme. La mémoire disparaît du même coup et l'individu se livre à des actes absolument automatiques sans plus tard en conserver le moindre souvenir. X... ne se rappelle plus comment il a été conduit à l'asile, à la suite de quelles circonstances il a été arrêté; il ne paraissait avoir ni frayeur, ni hallucinations; ses actes offraient le caractère d'un véritable automatisme, ils ne sont ni réfléchis, ni motivés, ils sont produits par une sorte d'action réflexe; les sensations éprouvées semblent avoir été la seule cause des mouvements déterminés. Nous retrouverons à propos de l'épilepsie des exemples plus frappants de cette sorte d'automatisme cérébral.

Dans d'autres cas, l'accès d'alcoolisme se caractérise par des impulsions inconscientes, irréfléchies, mais dont le malade conserve plus ou moins le souvenir. La mémoire persiste lorsque la conscience a disparu d'une manière plus ou moins complète.

B... est un alcoolique, il a fait deux tentatives de suicide; il s'était une fois coupé le cou avec un rasoir. Il avait quitté Paris pour aller s'établir au Havre où il se trouvait depuis environ quatre mois. Il se livre de nouveau à des excès alcooliques avec des camarades et tout à coup, à la suite de ces excès, il est pris d'un délire impulsif avec perte de la conscience. Il part du Havre sans motif et, pendant deux jours et deux nuits, il marche devant lui sans s'arrêter. Il se souvient de cette course effrénée que rien ne motivait

et des hallucinations de l'ouïe auxquelles il était sujet ; on lui disait que c'était lui qui avait tué sa femme, celle-ci criait au secours ; dans cet état pénible, il ressentait des douleurs de tête et comme des vertiges ; il lui semblait que tout tournait autour de lui.

Nous observerons la conservation de la mémoire malgré la perte de la conscience dans diverses affections mentales, particulièrement dans certaines formes de la folie impulsive inconsciente, que celle-ci soit, ou non, causée par des excès alcooliques.

Nous nous rappelons l'exemple suivant. Le nommé F... est arrêté après une tentative d'incendie. C'est un jeune homme atteint, lorsque nous l'observons, d'une sorte d'excitation maniaque ; il est incohérent et ne peut répondre aux questions que nous lui adressons ; il nous dit quelquefois qu'il est venu à Paris pour voir le Président ; il est du reste fort distrait, il s'occupe à compter les chiffres placés sur les portes du quartier des cellules où on est obligé de le placer. Plus tard, nous apprenons de lui qu'il s'occupait de spiritisme et qu'il se croyait *medium*. Il était allé voir un de ses amis à Alfort ; tout à coup il se précipite dans l'appartement d'une femme en disant : *je te connais*. Puis il se sauve, entre dans une autre maison, enfonce une porte, se met au lit tout nu et met le feu au lit. C'est alors qu'il est arrêté par la gendarmerie.

Le malade reste étonné des actes bizarres auquel il s'est livré, dont il ne peut expliquer le motif et dont il conserve cependant le souvenir.

Mais l'épilepsie est bien de toutes les maladies celle dans laquelle on rencontre l'état inconscient le plus grand et le plus fréquent.

On peut observer à la suite des attaques convulsives, comme à leur période prodromique, l'automatisme cérébral le plus extraordinaire, s'accompagnant d'une perte complète de la conscience et de la mémoire. Les annales de la

science renferment sous ce rapport les exemples les plus anthentiques. Les manifestations psychiques se présentent alors sous une forme à peu près identique avec les mêmes résultats et les mêmes conséquences fâcheuses, quelle que soit d'ailleurs la cause de l'épilepsie; que celle-ci soit d'origine alcoolique ou autre, qu'elle soit acquise ou qu'elle se rattache à une prédisposition héréditaire; qu'elle ait été déterminée par des causes morales ou qu'elle soit la conséquence d'un traumatisme. Il n'est pas rare, on le sait, de voir surgir tout à coup, au milieu de ce trouble des facultés, des impulsions violentes, sauvages, qui entraînent après elles les conséquences les plus redoutables.

On voit dans ce cas le malade, sans que rien n'ait pu faire prévoir l'explosion de l'accès, perdre tout à coup la conscience de ses actes; il marche, va, vient, se livre à des actes étranges dont il ne saurait être évidemment responsable; puis la crise terminée, il ne se rappelle plus ce qui vient de se passer; l'amnésie est complète.

Les opérations réflexes, d'après Littré, qui dépendent de la moelle épinière, ne possèdent ni volonté, ni conscience et ne s'en exécutent pas moins avec une parfaite régularité. De même, dans le domaine psychique, les opérations réflexes y prennent le caractère de l'automatisme et de l'inconscience et ne mettent pas leur empreinte sur la mémoire. C'est de cette façon et par leur nature réflexe que les actes qui constituent la phase pathologique de ces malades, échappent au souvenir. Les épileptiques qui présentent cet état sont en proie à un accès de folie temporaire dont ils perdent tout à fait le souvenir et pendant lequel ils sont absolument irresponsables (Littré, *Ph. posit.*, 1878, p. 329 et 330).

Les perturbations fonctionnelles, pour M. Luys, qui portent sur la sphère psycho-intellectuelle peuvent se présenter sous forme de phénomènes transitoires, fugitifs,

instantanés. Dans ce cas, les malades sous l'influence de troubles circulatoires, survenus dans le réseau du sensorium, sont subitement privés de la perception des choses extérieures. Immédiatement, pendant un temps variable, ils cessent d'avoir conscience de ce qui se passe autour d'eux, ils sont pour ainsi dire frappés d'une sorte d'inertie physique et d'anesthésie du sensorium, lequel cesse de recevoir les ébranlements du dehors et reste muet devant leurs incitations. Puis, les troubles circulatoires ayant cessé, ils reprennent possession d'eux-mêmes et de leurs rapports avec le monde extérieur.

Ces phénomènes se rencontrent plus particulièrement chez les individus atteints de vertiges épileptiques. Il se fait alors inopinément des arrêts partiels de circulation dans les régions du sensorium et les malades perdent subitement la perception du milieu ambiant et la conscience de tous leurs actes. Ils continuent néanmoins à agir, à parler, à se mouvoir en vertu d'habitudes acquises; une fois le cours du sang rétabli dans le réseau du sensorium, ils reprennent la connaissance des choses qui les environnent et ne conservent aucun souvenir des paroles qu'ils ont proférées, des actions qu'ils ont accomplies pendant la période d'interrègne des régions de l'activité psycho-intellectuelle. (Luys — *Physiol. et pathol. cérébrales* 1874, p. 136 et suiv.).

L'auteur que nous citons rappelle que Brown-Séquard a démontré que la perte de connaissance dans l'attaque d'épilepsie ou dans le vertige dépend d'une contraction des vaisseaux sanguins des lobes cérébraux, ayant lieu par action réflexe et transmise à ces vaisseaux par le nerf grand sympathique cervical.

On connaît l'exemple, cité par Trousseau, de ce magistrat qui, présidant une audience, quitte tout à coup son siège, s'avance de quelques pas et prononce devant l'auditoire des propos incohérents; immédiatement après, il

retourne à sa place et continue à diriger les débats sans avoir conscience de ce qu'il venait de faire.

Jules Falret (*État mental des épileptiques*) a rapporté des exemples remarquables d'épileptiques qui se sont livrés, sous l'influence d'un accès transitoire, à des scènes de la plus redoutable violence sans en garder le souvenir, une fois l'accès terminé.

V..... nous est amené pour la troisième fois à Sainte-Anne, présentant chaque fois les mêmes accidents. Il a eu, étant enfant, des convulsions ; vers l'âge de 25 ans, il a été repris d'absences et d'attaques épileptiques. Les absences durent quelques minutes, quelquefois plus longtemps, une demi-heure : alors il se livre à des actes automatiques, quelquefois se met tout nu, puis il revient à la raison et ne se rappelle plus ce qui s'est passé. En dernier lieu, il était sorti un matin de chez lui pour aller voir un de ses amis, puis il a été arrêté dans la rue par des agents de police, sans savoir pourquoi, ni comment. Une autre fois, un dimanche matin, il est pris tout à coup de son excitation délirante, il prend une voiture, va se promener au bois de Boulogne, et revient à lui ; il s'étonne de l'endroit où il est et de la voiture dans laquelle il se trouve.

Ces faits sont trop connus pour que nous ayons à nous arrêter plus longtemps à ce sujet. « Une circonstance, dit M. J. Falret, mérite d'être signalée relativement aux actes accomplis par les épileptiques pendant la durée d'une ou de plusieurs attaques successives d'épilepsie. Ces actes n'offrent ordinairement aucune difficulté d'appréciation, leur caractère essentiellement automatique et involontaire est évident pour tous. Ils participent en quelque sorte de l'irrésistibilité des mouvements convulsifs eux-mêmes. Cependant il est certaines attaques incomplètes d'épilepsie qui tiennent le milieu entre le vertige simple et l'attaque complète, pendant lesquelles les ma-

lades paraissent, dans l'intervalle des convulsions, en rapport avec le monde extérieur. Ils prononcent alors des paroles ou se livrent à des actes qui pourraient faire douter de la nature réellement épileptique de ces accès et faire attribuer aux actes, accomplis au milieu de cet état tout particulier du système nerveux, un caractère de volonté et de liberté morale qu'ils ne possèdent à aucun titre. Cette situation morale si singulière ressemble, sous plusieurs rapports, au somnambulisme et à certaines névroses extraordinaires autres que l'épilepsie, elle est également comparable à l'état du rêve. Le malade dans ces conditions paraît complètement revenu à lui-même, il entre en conversation avec les personnes qui l'entourent, il se livre à des actes qui paraissent commandés par la volonté, il semble, en un mot, rentré dans son état normal. Puis l'attaque épileptique recommence et lorsqu'elle a cessé et que le malade est alors réellement revenu à la raison, on constate avec étonnement qu'il n'a conservé aucun souvenir des paroles ni des actes qui ont eu lieu dans l'intervalle des deux accès. Il ne peut donc être regardé comme responsable de ce qu'il a dit et fait pendant cette période de temps intermédiaire. Un fait analogue se produit quelquefois dans les rêves : réveillé au milieu d'un rêve, on se lève, on s'entretient avec les personnes présentes, on se livre à des actes habituels qui nécessitent l'intervention de la volonté, puis, on se rendort, on reprend son rêve interrompu et, chose étonnante, au réveil, on n'a conservé aucun souvenir de l'intervalle de temps intercalé entre les deux périodes de sommeil. »

M. J. Falret a résumé le fait suivant du meurtre commis par un épileptique dans un accès de délire survenu trois jours après plusieurs attaques d'épilepsie.

Joachim H..., âgé de 29 ans, a été épileptique dès l'âge de six ans. Depuis la puberté, la maladie s'est aggravée. Il est sujet à des attaques paroxystiques qui reviennent

toutes les trois semaines environ. A la suite d'une de ces crises, il se lève un matin de son lit, descend dans la cour, où il rencontre le fils de son frère, âgé de dix ans, et la fille d'un de ses parents à laquelle il était attaché, âgée de onze ans. Il frappe le petit garçon, les enfants tout autour s'enfuirent; il les poursuit, s'empare de la jeune fille, la renverse et prenant une hachette qui se trouvait par terre, il lui fracture le crâne en plusieurs endroits. Les voisins accourent et, après une résistance considérable, parviennent à le dominer... Trois jours après, la raison lui revint; il n'avait conservé aucun souvenir de ce qui était arrivé.

Au point de vue de ces troubles intellectuels avec perte de la conscience que l'on remarque chez les épileptiques, on a, d'une manière générale, distingué deux formes particulières. Tantôt l'accès de folie se présente à la période prodromique et plus souvent à la suite des attaques convulsives; tantôt au contraire l'accès maniaque prend la place des convulsions habituelles, c'est ce que l'on a désigné sous le nom d'épilepsie *larvée.*

Au lieu d'affecter les centres moteurs, dit Maudsley, et de se faire jour par une attaque de convulsions, l'action morbide se porte sur les centres psychiques et se traduit par une explosion de fureur ou de manie qui est, pour ainsi dire, une épilepsie de l'esprit. Bien des cas de ce qu'on appelle la manie transitoire ne sont réellement pas autre chose, ce sont des cas d'épilepsie mentale. Les deux formes peuvent se montrer chez les mêmes malades à différentes époques. (Maudsley, *Crime et folie*, 1876, p. 218.)

L'accès présente, dans ce cas, au milieu de symptômes variables que nous n'avons pas ici à résumer, ce phénomène remarquable d'une perte complète de la conscience alors même que l'individu offre les signes d'une lucidité plus ou moins apparente. Il est comme un homme qui

rêve et lorsque la conscience lui est revenue, il ne se souvient plus de ce qui s'est passé pendant l'accès.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette étude à propos de l'épilepsie, sur laquelle Jules Falret et d'autres auteurs ont particulièrement appelé l'attention; nous nous bornerons à constater que cette perte de la conscience plus ou moins complète se rencontre dans d'autres affections mentales. Il est utile, dans ce cas, de bien examiner les circonstances au milieu desquelles elle se manifeste.

Un de nos malades a éprouvé de vives contrariétés de famille ; jamais il n'avait eu d'attaques d'épilepsie, mais depuis huit à dix jours, avant son entrée à l'asile Sainte-Anne, il est sujet à de singuliers accidents. Ce sont comme des périodes de stupeur qui le prennent presque tous les jours et qui lui durent plusieurs heures. Alors il éprouve comme des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; puis il perd complètement la conscience de lui-même; la crise dure plus ou moins longtemps et se termine par une forte céphalalgie. Dans cet état, il se livre à des actes automatiques dont il ne conserve pas le souvenir ; son existence est absolument inconsciente, il lui est impossible de se rappeler comment il a été arrêté et conduit à Sainte-Anne.

« J'étais ainsi, dit un autre de nos malades, dans l'état d'un homme qui a beaucoup veillé. Je marchais sans avoir conscience de la route que je parcourais, quoique conservant l'intelligence nécessaire pour ne point heurter les passants et éviter les voitures, etc. »

Dans les différentes formes de l'aliénation mentale, les troubles de la conscience sont en rapport avec les désordres qui envahissent les autres facultés. C'est là une règle générale qui souffre peu d'exceptions ; mais nous verrons plus loin qu'il existe des cas remarquables et exceptionnels où l'automatisme cérébral se produit avec la conservation très nette de la conscience. L'individu assiste

comme un spectateur étonné, quelquefois effrayé, au désordre de ses facultés qu'il ne peut empêcher, et lui-même réclame une protection contre les impulsions violentes qui le dominent; il se sent incapable d'opposer une digue à leur irrésistible entraînement.

Nous ne chercherons pas à passer en revue, avec les détails que comporterait cet important sujet, les différentes formes d'aliénation mentale dans lesquelles on observe l'obscurcissement et l'affaiblissement temporaire de la conscience; nous devrons, sous ce rapport, nous borner à une courte description. Nous laisserons naturellement de côté les affections qui se compliquent de paralysie ou d'un arrêt de développement mental, il est évident qu'en pareille circonstance, l'état de la conscience est en rapport avec l'insuffisance acquise ou congéniale des facultés. Ces notions sont trop connues pour que nous ayons à nous y arrêter.

Le maniaque conserve, on le sait, le souvenir plus ou moins entier des actes déraisonnables auxquels il s'est livré sous l'influence de son excitation délirante, et ce souvenir devient d'autant plus net que la période d'amélioration est plus accentuée. Mais si la mémoire se conserve, la conscience se perd à un moment donné. Le malade ne peut bientôt plus fixer son attention, ses idées s'échappent sans ordre et sans liaison, c'est un flux de paroles incohérentes, quelquefois même un véritable déchaînement d'idées que rien ne peut arrêter, qui ne lui permet même pas de trouver les expressions pour les rendre et lui-meme le dit, il m'était alors impossible de me rendre compte de ce qui se passait en moi. Cette perception intime, si elle n'est pas entièrement abolie, se fait en pareil cas d'une manière extrêmement confuse.

On peut, en quelque sorte, admettre chez les aliénés, au point de vue des anomalies de la conscience, deux dispositions contraires qui impriment à leurs manifestations dé-

lirantes un cachet particulier : l'une est l'état passif, l'autre l'état actif.

Dans la première, le malade perçoit les impressions; les sensations qui en résultent sont plus ou moins obscures et ne donnent lieu à aucune espèce de réaction. Dans l'état actif, l'esprit surexcité va en quelque sorte au-devant des objets; l'attention est mise en éveil, les facultés puissamment stimulées dans le sens du délire prennent dans cette fâcheuse direction un développement inusité. Dans l'un ou l'autre cas, les sensations sont mal comprises, elles ne parviennent à la conscience que d'une manière insuffisante, elles sont faussement interprétées et sont la source des illusions les plus étranges. La réaction provoquée sur les centres moteurs n'est plus en rapport avec l'impression ressentie, et dans ce cas la manifestation des facultés devient inconsciente.

La conscience, dit Littré (*Ph. posit.*, 1878, p. 334), qu'on prétend être ce qu'il y a de plus caractéristique de la personnalité, se trouve en réalité si peu sûre d'elle-même et si fluctuante, qu'au gré des modifications cérébrales elle présente des apparences singulières contrariant l'indépendance et l'unité qu'on lui attribue. Tantôt elle se trouble au point que le sujet perd le sentiment de sa propre personne, tantôt une obnubilation passagère l'envahit à ce point que l'individu parle et agit sans qu'elle ait direction ou connaissance des actes ou des paroles; tantôt enfin elle se dédouble exactement et deux existences se poursuivent dans le même sujet, toutes deux lucides mais s'ignorant l'une l'autre. En définitive les faits démontrent que la conscience, loin d'être un principe primordial d'où les autres propriétés psychiques découlent, est un résultat qui est produit par l'ensemble et l'association des propriétés psychiques. (*op. cit.*, p. 335, 336.)

Un de nos malades est sujet à de singulières crises qui durent quelquefois plusieurs heures; elles se caractéri-

sent de la manière suivante : il éprouve des angoisses terribles, il se croit enterré tout vivant ! plus il veut chasser cette idée, plus elle s'impose à son esprit, un doute général s'empare de lui-même, le doute de son existence et de la réalité des objets qui l'entourent. Tout sentiment de la réalité des choses, dit-il, me quitte complètement et je me trouve plongé tout entier dans cet horrible état d'un homme qui entend, qui répond, qui pense, mais sans avoir jamais une minute la conscience nette et de lui-même et des autres. C'est une impossibilité absolue, horrible, incessante, de me donner à moi-même une certitude sensible sur quoi que ce fût. Le réel devient pour moi l'imaginaire et mon esprit épouvanté se jette dans toutes les suppositions les plus désolantes, c'est un voile interposé entre le monde et moi ; quant aux symptômes physiques, il n'en existe pas, etc. »

L'hallucination enlève d'habitude à l'individu la conscience de lui-même, elle le rend en quelque sorte passif, il la subit fatalement, sans pouvoir s'en rendre compte. Si quelquefois il cherche à s'expliquer la singulière domination sous l'influence de laquelle il se trouve, il ne s'en laisse pas moins diriger aveuglément par elle, et sous l'inspiration qui l entraîne on le voit commettre sans réagir les actes les plus déraisonnables. On pourrait citer sous ce rapport les exemples les plus nombreux.

Le nommé Adea, d'origine irlandaise, quitte tout à coup le pays où il avait émigré, Ohio, aux Etats-Unis. Il ramasse ses économies, s'embarque et vient en France pour remettre l'ordre, chasser les Prussiens et s'entendre avec le maréchal Mac-Mahon. Le ciel et le soleil le lui avaient inspiré. Il avait entendu la voix de Dieu et celle de la sainte Vierge qui lui était apparue.

Ce malade n'a nulle conscience de l'hallucination qui l'obsède, il croit à son entière réalité et il suit aveuglément la ligne de conduite qui lui est tracée.

On voit cependant quelques hallucinés conserver l'appréciation exacte du phénomène étrange auquel ils sont sujets, chercher à lui donner une explication plus ou moins satisfaisante.

Un malade est sujet à des hallucinations de la vue qui ont pour caractère de changer à chaque instant de forme. J'observais attentivement, dit-il, tous ces phénomènes singuliers avec une curiosité soutenue. Les moindres détails m'intéressaient; convaincu du reste que le moyen de réagir contre l'envahissement du mal, c'était de le regarder en face et sans crainte, je faisais tous mes efforts pour rester absolument maître de moi, de ma raison. Je cherchais avidement la cause de ces phénomènes. La première hypothèse me les faisait envisager comme une sorte de réverbération des images, créées par le cerveau, images dont l'intensité était assez grande pour arriver jusqu'à la rétine sensibilisée par l'état nerveux particulier à ces sortes d'affections; cette hypothèse ne me satisfaisait pas; je cherchais une autre explication qui ne m'éclairait pas davantage, enfin l'observation d'un fait plus caractéristique me conduisit à admettre l'explication suivante:

Si on place un objet en présence d'une surface polie, l'image reflétée influence tous les points de cette surface qu'elle touche; on s'en assure aisément par une réaction déterminant un précipité sur cette surface. Le corps précipité affecte la configuration et la forme de l'objet. Une main, par exemple, placée quelque temps en présence d'un verre poli, est reproduite sinon dans tous ses détails, du moins dans les principales lignes qui en caractérisent la figure.

Si on admet une substance cérébrale éminemment volatile et sensible, déversée dans l'œil par suite d'un détournement de sécrétion, il peut se faire que cette même substance, tamisée par l'~~œil, s~~'agglomère par une sorte de précipité sur le point influencé et qui peut l'être par un effort

de l'imagination ; elle amène à ce même point l'image créée par le cerveau, de sorte que cette substance, comme dans le cas des images de Moore, se conduirait comme les précipités ci-dessus. L'image ne serait donc pas fournie dans l'œil, mais à distance ; en outre, elle ne serait plus simplement un jeu de lumière particulier, mais bien celle de la substance qui a pris forme, etc., etc.

Dans ce cas, le malade cherche à se rendre compte et à s'expliquer la nature du phénomène qui l'obsède ; mais, dans le plus grand nombre des circonstances, l'halluciné, au moment où il est en butte à son délire sensorial, n'a aucune conscience de cette situation anormale, il commet les actes en apparence les plus déraisonnables mais qui sont motivés par les fausses sensations qu'il éprouve. Il se frappe la tête contre les murs, se sauve, prétendant qu'on veut le tuer; prodigue aux personnes qui l'entourent les injures les plus abominables, les traitant de lâches, de coquins... etc. En un mot, il est devenu une sorte d'automate réagissant sous la seule action des sensations qu'il reçoit et n'ayant plus pour se diriger la connaissance intime et nécessaire des phénomènes qui se passent en lui.

Le sentiment de la personnalité subit chez un grand nombre d'aliénés une transformation souvent profonde. La conscience ne perçoit plus de la même manière les impressions que le monde extérieur peut leur transmettre, les objets et les choses prennent à leurs yeux une signification tout à fait contraire à celle qu'ils avaient l'habitude de leur donner; on comprend les conséquences qui peuvent en résulter au point de vue de leurs déterminations. C'est ce qu'on observe dans certaines formes de la lypémanie, dans l'hypochondrie, la démonomanie, la zoanthropie, la lycanthropie, dans tous ces cas où les individus sous l'influence même des troubles de la sensibilité générale sont persuadés être changés en chiens, en loups, être en possession du diable, etc. Dans ces différentes cir-

constances, la tranformation est complète, l'individu est devenu une autre personnalité, ses impressions sont différentes, il se rit des choses qu'il respectait et n'a plus que le plus profond mépris pour les personnes qu'il tenait en grande considération.

Entre autres exemples, nous nous rappelons le fait d'un prêtre, devenu aliéné, qui s'était toujours fait remarquer par une piété ardente et des sentiments de la plus grande humilité. Il nous est amené après avoir commis une tentative de suicide. La perversion morale est profonde chez lui, il se refuse énergiquement à continuer les pratiques de sa religion et surtout à entrer dans une église. Lorsqu'on lui fait remarquer tout ce qu'a d'étrange une pareille conduite, surtout pour un prêtre que des sentiments de piété avaient toujours animé, il répond que les choses n'ont plus pour lui la même signification qu'autrefois, que tout lui paraît ridicule et absurde ; que les images qu'il remarque, les cérémonies auxquelles on veut le faire assister ne lui inspirent plus que du dégoût et une profonde antipathie, tout ne lui semble plus être qu'une détestable comédie.

La conscience ici n'est pas absente, mais elle est modifiée; l'individu voit, juge et comprend les choses autrement qu'il ne le faisait auparavant et il refuse de croire à l'existence d'une maladie.

Le délire de persécution est également remarquable sous ce rapport, il est impossible de convaincre celui qui en est atteint de l'erreur profonde dans laquelle il se trouve sur les choses et les personnes et de l'impossibilite des persécutions dont il se plaint ; sa conviction est absolue de ce côté, aucun raisonnement ne saurait l'en faire changer ; elle le pousse à des actes qu'il accomplit sans la moindre hésitation, qu'il prémédite avec habileté, plus ou moins longtemps à l'avance, et pour lesquels il ne manifeste jamais aucune espèce de regret.

X... est depuis plusieurs années atteint d'un délire de persécution des plus intenses. Il a des hallucinations de l'ouïe, il est sujet aux plus fausses interprétations ; il prétend que la police le surveille, qu'elle intervient dans son ménage, qu'elle le prive de ses droits, qu'on cherche à le tuer, à l'empoisonner. Il est venu exprès à Paris pour aller au ministère de la justice formuler ses plaintes. Le commissaire de police de son endroit est son persécuteur, il le tourmente de toutes les manières, il est l'instigateur de tout ce qu'on lui fait ressentir, il a découvert des lettres suspectes, sa femme veut l'empoisonner, elle a des relations avec la police, etc.; il s'est rendu lui-même chez le commissaire de police du quartier des Halles pour faire ses déclarations, faire voir ses papiers et se constituer prisonnier, etc.

Cette absence de toute conscience n'est cependant pas un fait absolu dans le délire de persécution ; il n'est pas rare de voir au contraire quelques malades conserver, au milieu des troubles de la sensibilité générale dont ils souffrent et des hallucinations qui les dominent, l'appréciation exacte de leur situation. Ils déclarent qu'on leur fait sentir comme un fluide qui les électrise, qui les magnétise, on les force de marcher, de faire le contraire de ce qu'ils veulent. Ils paraissent avoir la pleine connaissance d'eux-mêmes, ils analysent toutes les sensations qu'ils éprouvent et ils ne comprennent pas comment et pourquoi ils sont devenus une sorte de machine vivante et réduits à un véritable état d'automatisme.

Dans les affections mentales chroniques, comme dans les formes d'aliénation qui se compliquent de paralysie et qui tendent à la démence, la conscience s'obscurcit et s'affaiblit comme les autres facultés ; les sensations deviennent confuses, les interprétations sont erronées et la réaction insuffisante par suite de l'état d'indifférence dans lequel l'individu vient à tomber.

Il n'est pas rare cependant de voir chez des malades atteints de paralysie générale des lueurs de conscience et, à certains moments, l'appréciation très nette de la maladie redoutable dont ils sont affectés. On a pu observer des médecins, même arrivés à une période avancée de leur maladie, déclarer à certains moments de demi-lucidité qu'ils sont atteints de paralysie générale ; mais cette déclaration n'éveille plus en eux la moindre impression pénible et elle n'arrête pas le cours des idées extravagantes et ambitieuses qui forment le caractère essentiel de cette affection. Il semble alors que les poussées congestives, qui sont une des complications de la paralysie générale, diminuent à certains moments, de manière à permettre à la conscience de se manifester d'une façon plus ou moins intermittente.

La perte de la conscience est quelquefois portée chez certains aphasiques à un haut degré d'intensité, chez ceux surtout qui présentent ce qu'on a appelé la cécité des mots et qui ont perdu toute idée de leur valeur et de leur signification. Chez ces malades rien ne peut plus arriver à leur conscience ni à leur intelligence. Ils entendent ce qu'on leur dit, mais ils ne comprennent pas ; on les voit perdre la mémoire de tout ce qu'ils ont appris, ils ne savent plus ni lire, ni écrire, etc.

Un pauvre général est pris tout à coup de convulsions épileptiformes et d'aphasie consécutive. Il reçoit la visite d'un de ses amis et lui demande comment il s'appelle. Son ami lui dit son nom en vain, il ne comprend pas, se fâche et lui fait des menaces en lui criant dans le paroxysme d'une violente colère : Veux-tu me dire ton nom ?

(*La suite au prochain numéro.*)

DU

DÉLIRE AMBITIEUX

DANS LES AFFECTIONS ORGANIQUES LOCALES DU CERVEAU ET LES MALADIES DE LA MOELLE

Par M. BAILLARGER

M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, a publié en 1870 une courte note sur « la paralysie générale des aliénés, consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorrhagie cérébrale (1). »

L'auteur, dans l'espace de quelques mois à peine, avait vu se succéder dans son service trois hémiplégiques chez lesquels s'étaient développés les symptômes de la paralysie générale au début. Chez l'un des malades, les conceptions délirantes étaient de nature hypochondriaque; les deux autres avaient le délire ambitieux qu'on observe si souvent au début et dans le cours de la paralysie générale. La note ne contient qu'une seule observation, qui n'est point accompagnée d'autopsie (2).

M. Colin rappelle, à l'occasion de ces trois faits, le passage suivant de l'ouvrage de Marcé :

« Une lésion antérieure du cerveau, comme l'apoplexie » ou le ramollissement, peut devenir le point de départ » d'une paralysie générale; la lésion, d'abord circonscrite

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 33, p. 520.

(2) Ce malade fut conduit du Val-de-Grâce à Charenton et l'observation a été continuée par M. Foville. Nous rappellerons plus loin ce fait qui offre un grand intérêt.

» aux centres nerveux, s'étend consécutivement à la
» couche corticale, et sur une hémiplégie incomplète de
» date ancienne viennent s'implanter tous les symptômes
» de la folie paralytique; dans ces cas, en même temps que
» la cicatrice centrale, on trouve à l'autopsie le ramollis-
» sement de la couche corticale avec adhérence aux
» méninges (1). »

Marcé aurait pu ajouter qu'outre l'apoplexie et le ramollissement, on voit encore la paralysie générale succéder à des tumeurs du cerveau de diverses natures.

Ces paralysies générales secondaires sont moins rares encore chez les malades atteints de maladies de la moelle et en particulier d'ataxie locomotrice.

Il est bien vrai, comme l'a dit Marcé, que, dans tous ces cas, on trouve à l'autopsie, outre les lésions locales qui ont précédé la paralysie générale, les lésions ordinaires de cette maladie : opacité et épaississement des membranes, adhérences à la couche corticale et ramollissement de cette couche. Cependant, à côté de ces périencéphalites secondaires, il y a un ordre de faits qui me paraît mériter d'être étudié séparément.

Il arrive quelquefois, chez des malades atteints de lésions locales du cerveau ou de maladies de la moelle, que le délire des grandeurs avec les caractères qu'il offre dans les paralysies générales primitives peut durer plusieurs mois, une année et même plus, sans qu'on trouve à l'autopsie les lésions de la périencéphalite chronique. Ce délire ambitieux, précédé quelquefois de congestions cérébrales, accompagné de lésions des mouvements dues aux altérations locales du cerveau ou aux maladies de la moelle, fait croire tantôt simplement au début d'une paralysie générale, tantôt à l'existence d'une paralysie

(1) J'ai publié dans les *Archives cliniques* (t. I., p. 472), une observation de ce genre.

générale confirmée, et on est tout étonné de voir ce diagnostic démenti par l'autopsie.

Ces faits soulèvent des questions de physiologie pathologique intéressantes, et j'ai cru utile d'en réunir ici quelques-uns dont je me bornerai d'ailleurs à reproduire les caractères principaux.

Observation I.

La femme H..., âgée de soixante ans, était depuis longtemps tourmentée par des céphalalgies assez fortes, lorsque, trois ans avant son entrée à la Salpêtrière, qui eut lieu le 9 juin 1860, elle perdit tout à coup connaissance ; elle conserva de cette attaque une paralysie du côté gauche de la face, paralysie qui cependant se dissipa peu à peu dans l'espace d'un mois.

Deux ans plus tard, deuxième attaque semblable, portant également sur le côté gauche; les accidents sont complètement dissipés après quinze jours. Depuis ces attaques et dans leur intervalle, la parole est restée libre, mais on a remarqué que la malade avait un peu plus d'excitation et qu'elle était plus difficile à vivre.

Il y a trois mois, nouvelle attaque de paralysie beaucoup plus forte que les précédentes. La femme H... tombe dans la rue : on la rapporte chez elle sans connaissance et avec une hémiplégie gauche. A la suite de cette attaque, éclate le délire ambitieux accompagné d'agitation. La malade est dominée par des idées de grandeur ; elle se croit riche et prétend appartenir à la famille impériale ; en même temps on constate l'affaiblissement de l'intelligence. La parole est embarrassée, mais peu à peu elle redevient libre et on voit aussi l'hémiplégie se dissiper.

C'est alors que la malade est amenée à la Salpêtrière.

Vingt jours après son entrée, quatrième attaque portant

encore sur le côté gauche. Quelques jours après, la parole était redevenue libre, mais l'hémiplégie ne s'était pas dissipée. Les idées de grandeur persistent. La malade prétend que toutes les marchandises de Paris lui appartiennent; elle a un très beau mobilier et attend un grand héritage de sa famille. D'ailleurs, excitation, loquacité, incohérence.

Le 31 juillet 1860, cette femme devient subitement aveugle, elle ne répond plus aux questions qu'on lui fait; ou se borne à répéter ces questions. Au bout de vingt-quatre heures les accidents disparaissent et la vue se rétablit.

Le 6 septembre, perte de connaissance, mouvements convulsifs suivis d'un état comateux. Le 7, les attaques convulsives se reproduisent à plusieurs reprises. La malade meurt le troisième jour.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère est tapissée d'une fausse membrane mince et tachée de sang. L'arachnoïde sur les deux hémisphères est *mince* et *sans aucune trace d'opacité.* La pie-mère sur l'hémisphère gauche offre quelques grosses veines gorgées de sang; *elle s'enlève partout très facilement* et *il n'y a aucune trace d'adhérences.*

Sur l'hémisphère droit, il n'y a point de traces de congestion et les membranes s'enlèvent aussi partout très facilement, excepté en un point sur lequel existe une adhérence très limitée mais qui ne ressemble en rien à celles que l'on observe dans la paralysie générale : ce point a été autrefois le siège d'une petite hémorrhagie.

Dans l'hémisphère gauche on trouve une hémorrhagie récente qui pénètre jusque dans le ventricule : le caillot pèse 35 grammes.

L'hémisphère droit contient trois anciennes cavités hémorrhagiques, toutes situées dans le lobe moyen en arrière de la scissure de Sylvius.

Les autres viscères ne sont pas examinés.

Observation II (1)

M. George, instituteur, âgé de qnarante-six ans, d'un tempérament sanguin, a toujours été vif et disposé à la colère.

Depuis près de onze ans, il se plaignait, presque tous les mois, de douleurs qui, partant des articulations tibio-tarsiennes, s'élevaient dans les jambes et s'arrêtaient aux cuisses.

A quarante-quatre ans, au moment de se mettre dans un bain, il se sentit dans l'impossibilité d'articuler un seul mot Peu d'instants après, il tomba, dans la rue, frappé d'une attaque d'apoplexie.

Impossibilité de parler, *hémiplégie droite*. L'intelligence semble abolie. Au bout de trois mois, possibilité de prononcer tant bien que mal un certain nombre de mots; peu à peu l'exercice intellectuel se rétablit et, après six mois, M. G... entreprend de donner de nouveau des leçons à ses écoliers. L'hémiplégie persiste toujours d'une manière très marquée.

Deux ans après cette première attaque, nouveau coup de sang. Le malade revient à lui presque immédiatement. Seule, la gêne de la prononciation a augmenté.

Quelques heures après, le malade est en proie à une violente exaltation qui se manifeste par des cris, par des chants, par l'exubérance des idées qui sont, en général, déraisonnables et qui *roulent principalement sur des sujets ambitieux*. Il se *trouve au comble de la joie* et *n'a plus, dit-il, aucun désir à former*.

Ce délire durait depuis *six mois*, lorsque le malade tomba frappé d'une troisième attaque d'apoplexie. La mort survint avant la fin de la journée.

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. II, p. 611.

AUTOPSIE. — La dure-mère est saine, *l'arachnoïde* ne *s'éloigne point de l'état normal ; la pie-mère n'est ni rouge, ni épaisse.*

On note un aspect pointillé tenant à un excès d'injection dans les différentes couches de la substance grise corticale qui correspond à la région supérieure de chaque lobe antérieur du cerveau.

L'examen des deux hémisphères cérébraux fait découvrir trois espaces tapissés de membranes celluleuses : l'un est situé dans l'hémisphère gauche entre la couche optique et le corps strié, il est assez large pour loger une noix ; les deux autres sont en arrière à droite et à gauche, dans l'épaisseur de chaque lobule cérébral postérieur. Ces espaces primitivement caverneux sont presque oblitérés.

La cloison transparente ramollie est complètement diffluente.

La pie-mère cérébelleuse, les deux substances du cervelet sont rouges, injectées

Il n'est pas besoin de faire remarquer que M. Calmeil ne signale aucune trace d'adhérences. Comme on vient de le voir, d'ailleurs, les membranes étaient saines et la couche corticale nullement ramollie.

OBSERVATION III (1)

M. L..., officier, âgé de 37 ans, eut en décembre 1869 une première attaque de congestion et une seconde au milieu du mois de *janvier* 1870. A la suite de cette seconde attaque, hémiplégie gauche. Le malade, placé au Val-de-Grâce, offre « les phénomènes caractéristiques de la démence paralytique » ; idées de grandeur encore limitées, mais très caractérisées : le malade veut orner le jardin de quel-

(1) Foville, *Annales méd.-psych.*, 1879, p. 363.

ques monuments : chapelle, salle de bal, restaurant ; il a un sentiment exagéré de sa force physique. Retiré de l'hôpital par sa famille, il commet des actes obscènes et le délire ambitieux s'accentue. Le malade se croit très riche, il veut faire bâtir une église, donner des sommes considérable pour cette œuvre et pour d'autres. Il entre à Charenton le 10 *juillet* 1870.

M. L... se montre très excité, il marche sans cesse, parle de ses vues grandioses, il est très riche, une voiture l'attend constamment, cette voiture lui coûte 200 fr. par jour. A certains moments, embarras de parole.

Les progrès de la démence furent très rapides et, dès le 15 *août*, l'intelligence, dit M. Foville, fut tout à fait hébétée.

Le malade mourut le 1er *novembre* 1870.

Le délire des grandeurs avec signes de démence avait duré sept ou huit mois ; il avait été remplacé par une démence complète, et la maladie avait duré dix mois.

M. Foville s'attendait à trouver, outre une lésion locale, les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique. Or, le cerveau, examiné avec soin, ne présentait aucune des altérations de la folie paralytique.

« Les méninges sont *claires et minces* ; il n'y a ni *opacité*,
» ni *épaississement ;* pas d'injection marquée, ni d'ec-
» chymoses. *Partout elles s'enlèvent facilement*, se séparant
» sans aucune résistance de la substance corticale à la-
» quelle elles ne tiennent par aucune adhérence, sauf sur
» un point limité dont nous allons parler (1). La surface
» des circonvolutions est *saine*, plutôt pâle que rouge,
» *d'une consistance uniformément normale* ; aucune trace
» d'ulcération superficielle ; en raclant avec un scalpel on
» ne détache pas de pellicule, aucun ramollissement gra-
» nuleux de la couche moyenne de la substance grise. »

---

(1) Cette adhérence n'avait rien de commun avec celles que l'on rencontre dans la paralysie générale.

Des faits semblables à ceux que je viens de rappeler s'observent dans les maladies de la moelle. Je citerai d'abord celui qui m'a paru le plus remarquable; il a été publié par M. Renault du Motey dans les Archives cliniques (1).

OBSERVATION IV

M. X..., capitaine, âgé de 49 ans, avait eu, deux ou trois ans avant son entrée à l'asile de Maréville, plusieurs attaques d'apoplexie suivies d'une hémiplégie, laquelle s'était peu à peu dissipée, ne laissant des traces qu'à la face. Plus tard il fut atteint d'une paraplégie qui persista. C'est dans ces conditions qu'éclata chez lui un délire des grandeurs tout à fait exubérant, accompagné d'un léger embarras de parole. Le malade forme les projets les plus gigantesques, il a hérité de treize millions en doublons d'Espagne, il est le surveillant de l'empereur et appelé à rendre à l'État les plus grands services; il se croit d'ailleurs très robuste et prétend n'avoir jamais été mieux portant.

Il succomba au bout de treize mois, après avoir passé par les divers degrés de la démence paralytique.

M. Renault du Motey s'attendait à trouver à l'autopsie les lésions propres à la périencéphalite chronique et peut-être les traces d'une ancienne hémorrhagie cérébrale. A son grand étonnement il dut reconnaître que rien de tout cela n'existait et il n'eut à constater que l'existence d'un ramollissement de la moelle épinière. *L'arachnoïde était transparente, parfaitement saine*; la pie-mère était injectée. *Les méninges n'avaient contracté d'adhérence dans aucun point des hémisphères cérébraux*. La trame de la pie-mère, libre partout, se séparait avec la plus grande facilité des circonvolutions et des anfractuosités dont la surface restait lisse, polie, d'une couleur normale. Il en était de même du cervelet. Les substances grise et blanche du cerveau

(1) *Archives cliniques des maladies mentales*, t. I, p. 285.

étaient légèrement injectées, mais *leur cohésion était normale* et elles ne pouvaient être séparées l'une de l'autre.

L'examen de la moelle fit découvrir un ramollissement qui occupait le tiers inférieur et une partie du tiers moyen.

OBSERVATION V (1).

Homme de quarante-cinq ans, ayant fait des excès alcooliques. Symptômes d'ataxie remontant à quatre années. A la suite de deux accès de vertige, changement de caractère, irritabilité, violences, idées érotiques. Le délire ambitieux éclate et grandit chaque jour. Le malade se trouve parfaitement heureux, il est plein de talents, fait les projets les plus grandioses pour le baptême de son enfant, il convoquera pour cette solennité tous les banquiers et tous les princes. Il a, dit-il, tant d'idées que la circonférence de sa tête s'étend. Il est le plus grand homme d'Etat, le plus grand musicien, il a des voitures chargées d'or, il va épouser la princesse Victoria, etc.

Pendant son séjour à l'asile, accès épileptiforme; pas d'hésitation de la parole, mais parfois le malade s'arrête comme si la pensée lui manquait. Cet homme devient malpropre et maigrit malgré un appétit extraordinaire et des repas abondants. Très peu de sommeil, diarrhée, selles involontaires. On était souvent obligé de le tenir attaché sur un fauteuil avec la camisole de force; signes très tranchés de démence.

Le malade, entré le 5 avril 1858 à la clinique, fut passé le 29 août aux incurables et il ne mourut qu'en novembre 1861. Quatre années s'étaient écoulées, par conséquent, depuis l'invasion du délire.

Les résultats de l'autopsie furent les suivants :

La pie-mère, un peu épaissie, est *partout facile à déta-*

(1) Observation publiée par Westphal.

cher de la couche corticale qui est pâle et de consistance normale. Ventricules latéraux très dilatés et pleins de sérosité. L'épendyme est modérément épaissie. Parties centrales du cerveau un peu moins consistantes que dans l'état normal.

A la moelle, lésions ordinaires de l'ataxie locomotrice.

Le docteur Plaxton a publié deux observations sous le titre suivant :

Deux cas d'ataxie locomotrice avec symptômes psychiques simulant ceux de la paralysie générale. Je ne cite ici que la première, la seconde ne me paraissant pas suffisamment probante pour la démonstration du fait qui est l'objet de ce travail.

Observation VI.

Un sculpteur, âgé de quarante-sept ans, ataxique depuis neuf ans, n'ayant jamais fait d'excès, devient complètement inhabile dans son travail et se croit aussi capable qu'autrefois. En outre, tendances érotiques dont il n'avait jamais donné le moindre signe ; inconvenances envers les femmes : essaie de séduire sa nièce et s'étonne des remontrances qu'on lui fait, ne paraissant avoir nulle conscience de ses actes. Il était devenu négligent et malpropre dans sa tenue.

A son entrée à l'asile, le 3 novembre 1875, il n'avait pas de délire ambitieux, mais les idées de grandeur ne tardèrent pas à apparaître.

Le malade prétend avoir de grandes richesses et un pouvoir supérieur à celui du génie de la lampe d'Aladin.

Après un certain temps, il devint relativement raisonnable et reconnut l'absurdité de ses idées, mais bientôt l'état antérieur reparut.

Sous l'influence de ses troubles intellectuels, il essayait de fixer les produits fantastiques de son imagination : palais de marbre ornés de sculptures et de peintures, grands temples des arts, etc.

Il avait encore ses tendances érotiques. Durant son séjour à l'asile, on observa chez lui plusieurs alternatives d'exaltation et de retour à la raison.

Au commencement d'octobre 1877, l'ataxie n'avait pas beaucoup progressé, mais à cette époque les symptômes s'aggravèrent. En outre, le malade eut des conceptions délirantes de nature hypochondriaque : il prétendait que ses jambes étaient remplies de vents et d'ordures ; crainte d'empoisonnement, refus d'aliments. Agitation, terreurs continuelles, insomnie, douleurs extrêmement vives.

Tout à coup paralysie complète des jambes et des bras, impossibilité d'articuler aucun mot. La mort eut lieu le 26 décembre 1877.

L'ataxie avait duré onze ans et le délire deux années. Le malade avait eu du délire ambitieux et, à la fin, du délire mélancolique et hypochondriaque. Le Dr Plaxton ne signale point d'embarras de parole, mais il cite avec raison cette observation comme un exemple des troubles psychiques simulant ceux de la paralysie générale.

Voici les résultats de l'autopsie :

Un peu d'atrophie des circonvolutions frontales et pariétales. La pie-mère qui les recouvre est légèrement épaissie, mais ne présente *aucune trace d'adhérences avec la substance corticale sous-jacente*. Le cerveau, dans son ensemble, est plus consistant qu'à l'ordinaire. *Ni la substance corticale, ni la substance blanche n'offrent rien d'anormal* à l'œil nu, mais partout les artérioles sont plus apparentes. L'examen microscopique fit découvrir les lésions ordinaires de l'ataxie locomotrice dans toute l'étendue de la moelle, mais d'une façon beaucoup plus prononcée dans la région lombaire.

Les six observations que je viens de citer pourraient être envisagées de deux manières différentes.

Il serait possible de les considérer comme des cas de

paralysies générales encore à la première période. On rappellerait à l'appui de cette opinion que, dans d'autres cas semblables, l'autopsie a fait découvrir les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique. Il semblerait donc que les mêmes lésions auraient pu se produire si les malades avaient vécu plus longtemps.

Quand la mort survient dans les premiers mois qui suivent l'invasion du délire des grandeurs, cette opinion est en réalité très soutenable ; mais elle devient plus difficile à défendre si le délire ambitieux a persisté six mois, un an ou plus. Cependant, même dans ces cas, on pourrait rappeler les anomalies si fréquentes dans la marche de la paralysie générale et les faits dans lesquels le délire des grandeurs a duré plusieurs années avant l'apparition des symptômes de paralysie. Bayle, entre autres, a cité un fait de ce genre très remarquable.

Je dois dire cependant que les auteurs des observations qui précèdent n'ont point soulevé cette question.

Les malades ont succombé aux suites d'anciennes hémorrhagies cérébrales, à des encéphalites locales, à des tumeurs de nature syphilitique, à des maladies de la moelle; on n'a constaté, à l'autopsie, aucune trace de périencéphalite chronique et, malgré l'existence du délire des grandeurs, on s'est borné à admettre ce que démontrait l'autopsie, sans faire une supposition qui pouvait paraître purement hypothétique.

M. Calmeil, dans les réflexions assez longues qui suivent son observation, ne fait aucune allusion à l'existence dans ce cas d'une périencéphalite chronique. Le malade, pour lui, a eu trois attaques *d'encéphalite locale* : la première, dit-il, avait entraîné « une sorte d'impuissance momentanée » des facultés de l'intelligence; la seconde avait été suivie » d'une véritable aliénation mentale, avec *prédominance* » *d'idées ambitieuses*; la troisième avait donné lieu à des » alternatives de somnolence et d'exaltation. »

Rappelons que cette aliénation mentale *avec prédominance d'idées ambitieuses*, dont parle M. Calmeil, *avait duré six mois*.

M. Renault du Motey a donné à l'observation que j'ai analysée plus haut, le titre suivant qui suffit pour faire connaître la manière dont il l'a envisagée : « Paralysie générale » simulée par une démence incomplète avec délire ambitieux et paralysies multiples. Absence des lésions caractéristiques de la paralysie générale. Ramollissement de la » moelle épinière. »

Quant à M. Foville, il avait, comme M. Renault du Motey, cru à l'existence d'une paralysie générale, mais il a reconnu après l'autopsie qu'il avait commis une erreur. Il fait remarquer plus loin « que la dénomination de pseudo- » paralysies générales s'appliquerait beaucoup mieux à ces » cas qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a propo- » sée. »

Quelle que soit la manière dont on envisage les faits que j'ai cités, il n'en reste pas moins démontré que, dans certains cas, le délire ambitieux généralisé peut persister six mois, une année et même plus, sans qu'on découvre après la mort les lésions propres à la périencéphalite chronique.

M. Foville s'est nettement prononcé sur ce point pour le fait observé par lui.

« Du reste, dit-il, que le cas de M. L... ait ou non des » analogues antérieurement publiés, il n'en existe pas » moins ce fait qui pour moi est établi sans doute possible : » pendant une période de plusieurs mois l'état mental de ce » malade a été une démence avec prédominance d'un délire » des grandeurs mobile, absurde, incohérent, état mental » qui est exactement celui d'un grand nombre d'aliénés » paralytiques; et cependant, à l'autopsie, on a pu constater l'absence des lésions anatomiques propres à cette » affection. Qu'en conclure? sinon que l'existence de

» ces symptômes intellectuels n'est pas fatalement subor-
» donnée à celle de ces lésions (1). »

Dans tous les cas cités, le délire ambitieux généralisé ne pouvant être attribué à la périencéphalite chronique, il reste à en chercher l'explication.

Les lésions locales du cerveau ou les maladies de la moelle qui avaient précédé l'invasion du délire, n'ont pu en être que la cause indirecte : elles ont provoqué une irritation et probablement des mouvements fluxionnaires qui ont eu pour conséquence une perturbation des éléments nerveux dont le délire a été l'expression.

Il importe d'ailleurs de rappeler, à l'appui de cette opinion, que les lésions locales du cerveau provoquent assez souvent un délire d'une nature toute différente. C'est un point sur lequel M. Calmeil a insisté.

« La coïncidence d'un délire très actif, d'un véritable état
» d'aliénation mentale avec la formation d'une encéphalite
» locale chronique est, dit-il, bien plus fréquente qu'on
» ne pense généralement. Par une singularité qui contraste
» avec ce qu'on observe si souvent dans les manifestations
» du délire ambitieux des individus atteints de périencé-
» phalite chronique superficielle et diffuse, presque tous
» les sujets affectés d'encéphalites interstitielles sont en
» proie à des idées de découragement et de tristesse. A la
» manière des hypochondriaques, ils sont sans cesse repliés
» sur eux-mêmes, analysant toutes leurs sensations les plus
» intimes et attribuant souvent à des influences extérieures
» toutes les tortures qu'ils endurent (1). »

Plus loin M. Calmeil ajoute :

---

(1) M. Foville (observation III) n'assigne ici qu'une durée de quelques mois au délire absurde, mobile et contradictoire qu'a présenté le malade, ce qui est parfaitement exact; mais il importe de faire remarquer que ce délire n'était dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, que le dernier degré d'évolution des idées de grandeurs. Le malade, en effet, n'a succombé que sept à huit mois après l'invasion du délire.

« Ce caractère de délire est tellement significatif à nos
» yeux que nous n'hésitons presque jamais, lorsqu'il se
» trouve réuni, chez une personne qui a dépassé soixante ans,
» à l'embarras de la parole et à quelques symptômes déjà
» anciens de paralysie locale, à diagnostiquer l'existence
» d'un foyer d'encéphalite interstitielle chronique.

» On ne peut donc point douter, d'après ce qu'on vient
» de lire, qu'un certain nombre de cas de folie avec prédo-
» minance des conceptions et des idées sinistres ne soient
» la conséquence d'un état inflammatoire habituel et partiel
» du cerveau (1). »

Les encéphalites locales peuvent donc provoquer des délires de nature très différente, mais elles n'en sont évidemment que la cause indirecte.

Le délire, quelle que soit sa forme, constitue dans tous ces cas une véritable complication.

Trousseau professait que toutes les convulsions épileptiformes, bien que tenant à des causes éloignées très diverses, sont suivant toute apparence l'expression de la même modalité intime et il ajoutait que cette modalité intime est et restera très probablement toujours inconnue.

On ne pourrait que répéter pour le délire ce que Trousseau disait pour les accès convulsifs épileptiformes.

Comme ces accès, en effet, il a des causes éloignées très différentes ; mais on est obligé d'avouer qu'on ne sait rien quant à sa cause directe.

Il y a cependant pour le délire ambitieux en particulier un fait irrécusable et d'une très grande importance : c'est le rapport étroit qui le lie à la congestion cérébrale. Ce fait explique comment les idées de grandeurs sont si souvent accompagnées de symptômes somatiques. Chaque jour, en effet, on voit éclater tout à coup le délire ambitieux immédiate-

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, t. II, p. 240.

ment après une congestion cérébrale; cette invasion brusque a même lieu quelquefois en dehors de la paralysie générale. C'est ainsi qu'on l'observe d'une manière passagère à la suite d'une attaque d'épilepsie, sous l'influence d'une intoxication alcoolique, ou bien chez des vieillards menacés d'apoplexie ou de ramollissement. On comprend donc que M. Foville, n'ayant constaté à l'autopsie du malade observé par lui aucune des lésions de la périencéphalite chronique, ait cru pouvoir expliquer le délire par un état de congestion. Il l'attribue en effet « à de simples troubles de la circula-» tion, de nature congestive, état mobile et passager, si l'on » veut, mais qui, dit-il, peut faire naître les idées optimistes » et ambitieuses. »

Plus loin, le même auteur ajoute qu'on est ainsi conduit à admettre « que, dans certains cas au moins, les idées de » grandeur incohérentes, mobiles, diffuses, peuvent tenir » à un simple état de congestion de l'encéphale, sans les » lésions propres à la folie paralytique. »

Les faits dont il s'agit ne sont, il est vrai, considérés ici que comme des exceptions, mais ils n'en ont pas moins un grand intérêt pour la pathogénie de la paralysie générale.

Ils peuvent en effet servir à éclairer la question de ce qu'on appelle les *rémissions*, qui constituent désormais l'un des chapitres les plus curieux et, à mon avis, les plus importants de la paralysie générale.

On sait que bien souvent les accès de manie ambitieuse, qui éclatent au début de la paralysie générale, guérissent exactement comme guérissent les accès de manie simple. Après une période décroissante, le malade revient peu à peu à la raison; mais, dans la très grande majorité des cas, on reconnaît que le niveau intellectuel a légèrement baissé et que la guérison ne porte que sur l'accès de délire maniaque. La maladie principale, c'est-à-dire la *démence paralytique*, après six mois, une année, reprendra son cours.

Combién il est difficile de comprendre cette dissociation du délire et de la démence, si les deux ordres de symptômes sont l'expression du même ordre de lésions ! Quoi de plus simple, au contraire, à expliquer que la guérison isolée de la folie si elle n'est ici qu'une complication ; si les lésions trouvées à l'autopsie n'en sont que la cause indirecte, et si, une fois produite, elle a une existence indépendante (1) ?

On sait que Bayle attribuait la paralysie générale à une méningite chronique. Il expliquait le délire ambitieux par l'irritation que l'inflammation de l'arachnoïde communiquait à la couche corticale. Si telle était la cause du délire des grandeurs, ce délire, on le comprend, devrait durer autant que la méningite elle-même, et persister jusqu'au moment où il est remplacé par un état complet de démence provoqué lui-même par les lésions graves de la couche corticale. Cependant, comme je viens de le dire, il en est souvent autrement. Le délire cesse, mais le malade conserve des signes de démence et de paralysie. Ce fait n'avait point échappé à Esquirol, et il s'en est servi pour combattre l'explication de Bayle. Il citait à cet égard l'observation suivante :

« Un officier de gendarmerie est pris tout à coup d'un
» accès de monomanie. Le malade se croit un grand per-
» sonnage et puissamment riche; il se livre à un grand
» nombre d'extravagances; en même temps il éprouve de
» la difficulté pour articuler. Après cinq semaines, la
» paralysie persiste et envahit bientôt les muscles des
» membres; le malade éprouve de fréquentes congestions
» cérébrales qui provoquent des convulsions épileptifor-
» mes, mais il n'existe plus de délire; ce militaire juge

(1) L'*accès maniaque* dans ses rapports avec la démence paralytique peut être comparé ici à la *pleurésie secondaire* dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire.

» parfaitement de l'état dans lequel il a été de celui dans
» lequel il est encore et pour lequel il réclame les secours
» de la médecine. »

Rien de plus précis que le fait rapporté par Esquirol.

Cet aliéné qui, pendant cinq semaines, s'est cru un grand personnage et puissamment riche, qui, pendant cinq semaines, s'est livré à une foule d'extravagances, ce malade est revenu à la raison, « il juge *parfaitement de l'état dans lequel il a été et de celui dans lequel il est encore et pour lequel il réclame les secours de la médecine.* » Cependant, malgré ce changement si remarquable et si complet, non seulement les symptômes de paralysie persistent, mais ils s'aggravent. Bien qu'Esquirol n'en parle pas, il est probable, sinon certain, qu'avec cette persistance et même cette aggravation des symptômes paralytiques, coexistait un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué.

Que conclure de ce fait et de tous ceux qui lui ressemblent ?

La réponse à cette question me semble s'imposer d'elle-même.

Il y a ici deux ordres de symptômes, tenant à des causes directes différentes.

D'une part, la *démence paralytique* qu'on voit souvent parcourir toutes ses phases sans être accompagnée de délire et qui laisse après la mort des lésions spécifiques bien définies.

D'autre part, le *délire* dont la cause directe et la modalité intime sont inconnues, mais qui, une fois produit, a une existence à part et une évolution qui lui est propre.

Voilà, ce me semble, à quoi pouvait conduire la seule observation clinique; mais les faits que j'ai réunis ici, fournissent un argument de plus, et cet argument me semble avoir une assez grande valeur.

S'il est démontré, en effet, par les recherches nécroscopiques, que le délire des grandeurs généralisé peut persister

longtemps sans qu'on constate à l'autopsie les altérations ordinaires de la lapériencéphalite chronique.

Si on reconnait qu'il n'est pas fatalement subordonné à ces altérations et qu'il peut, dans certains cas au moins, comme l'a dit M. Foville, être rapporté à des lésions mobiles et passagères, pourquoi ne pas expliquer de la même manière les accès de délire ambitieux qui éclatent au début de la paralysie générale et que l'on voit si souvent guérir après quelques mois ?

Les observations réunies dans ce travail peuvent donc, ainsi que je l'ai dit plus haut, servir à éclairer la question des rémissions et, sous ce rapport elles m'ont paru avoir quelque intérêt.

Je me borne aujourd'hui à faire ressortir ce fait, me proposant d'examiner bientôt d'une manière plus complète, la question des *formes vésaniques de la paralysie générale dans leurs rapports avec les lésions anatomiques de cette maladie*.

NOTE

SUR

L'EMPLOI DES PEPTONES DE VIANDE

DANS L'ALIMENTATION DES ALIÉNÉS SITIOPHOBES

Par M. A. LAILLER

pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares.

Les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1881) signalent dans la chronique, partie neuve et si éminemment utile de ce journal, un travail de M. le Dr Régis sur l'alimentation forcée des aliénés sitiophobes qui est publié *in extenso* dans le même numéro de ce Recueil.

C'est, certes, avec raison que la communication de M. Régis est signalée à l'attention des lecteurs. La question de l'alimentation forcée des aliénés comprend, comme l'expose l'auteur, trois éléments principaux : un de *pathologie*, un d'*hygiène thérapeutique* et un de *chirurgie*. Le second de ces trois éléments est celui qui naturellement m'a le plus captivé. Depuis qu'il est question des peptones, j'ai toujours pensé qu'il y aurait avantage à les faire entrer dans le régime alimentaire des malades que l'on nourrit à l'aide de la sonde; ma conviction s'est accrue avec le temps, soit par les travaux dont les peptones ont été l'objet, soit par mes propres expériences de laboratoire. Mais une chose, je l'avoue, m'a semblé devoir en restreindre forcément l'emploi : c'est le soin et le temps que demande leur préparation. Le SOIN : indépendamment du choix des matières premières, le mélange doit être main-

tenu à une température qui ne doit pas s'abaisser au-dessous de 40° et qui ne doit pas s'élever au-dessus de 50°. Les oscillations entre ces deux limites doivent même être ménagées et le mieux serait que la température fût constamment au même degré. Le TEMPS : l'opération doit durer au moins quinze heures et quelquefois se prolonger au delà.

Or, une préparation qui réclame ces conditions risque, lorsqu'elle est confiée à des mains inhabiles ou inexpérimentées, de ne pas réunir toutes les qualités voulues. Il y a, il est vrai, un moyen de sortir de cette difficulté, c'est d'acheter tout préparés des aliments peptonisés. J'ai eu à ma disposition une peptone liquide de viande qui sortait d'une maison recommandable et qui se recommandait elle-même par sa qualité. Mais est-on sûr qu'il en soit toujours ainsi? Je répondrai sans hésitation : non. Et, puisque M. Régis invoque avec raison la très grande efficacité des peptones dans tous les états d'assimilation nutritive insuffisante ou laborieuse, il m'a paru bon de prémunir les médecins aliénistes contre les réclames de certains spécialistes, en donnant ici un extrait d'une note de laboratoire que mon savant confrère, M. Lebaigue, a publiée dans le *Répertoire de pharmacie* (1881 p. 70).

« Ayant eu à examiner, dit-il, à la demande du docteur L. F... de Paris, une peptone prise en gelée, très connue par les annonces qu'on en fait, nous avons reconnu tout d'abord que deux flacons, bien que provenant de la même usine, présentaient des caractères extérieurs assez différents au point de vue de la consistance ; que, de plus, l'étiquette de l'un portait qu'une cuillerée à café équivalait à 10 grammes de viande, alors que l'étiquette de l'autre correspondait à 20 grammes (effets de la concurrence sans doute).» De l'examen de ces peptones, M. Lebaigue a conclu qu'elles contenaient de la gélatine, qu'elles n'avaient pas subi la digestion pepsique et qu'elles renfermaient de l'acide

salicylique. « Quant à la quantité de 20 grammes de viande, ajoute-t-il, à laquelle équivaudrait une cuillerée à café de cette peptone, il suffit, pour être éclairé, de savoir que cette proportion d'azote de 20 grammes de chair musculaire fraîche, à 75 p. 100 d'eau, est de 75 centigrammes, et que la proportion de matières minérales (phosphates principalement) est de 30 centigrammes, tandis que dans la peptone examinée, on trouve par cuillerée à café de 5 grammes : 0,21 d'azote et 0,12 de sels minéraux, proportion qui répondrait au quart de la quantité de viande annoncée. » M. Lebaigue termine sa note par cette réflexion un peu pessimiste : « Nous craignons que les peptones n'aient, d'ici à peu, le sort de leurs devanciers, la gélatine et l'extrait de viande, trop vantés d'abord, trop décriés ensuite : *est modus in rebus.* »

Quoi qu'il en soit, il est indiscutable que les peptones — produits ultimes de la digestion pepsique des matières albuminoïdes — bien préparées, constituent une innovation heureuse dans le domaine de la thérapeutique alimentaire et qu'elles peuvent être très utilement ajoutées aux substances nutritives qu'on a l'habitude d'employer chez les aliénés sitiophobes; aussi, sans prétendre apporter un élément de plus aux études nombreuses et si riches en faits concernant les peptones, qui ont été entreprises dans ces temps derniers, je dirai que, après avoir essayé de plusieurs modes de préparation, je me suis arrêté à celui qui a été indiqué par M. Catillon et que je vais transcrire; c'est celui qui me paraît le plus simple, le plus pratique conséquemment dans nos asiles, tout en donnant de bons résultats. Il s'agit ici, bien entendu, uniquement de peptone de viande, la viande devant à mes yeux fournir les peptones les plus utiles.

Voici la marche à suivre pour l'opération :

« Un kilogramme de viande de bœuf, débarrassée des parties grasses et tendineuses et finement hachée, est

mis à digérer à la température de 45 degrés, pendant 12 heures avec cinq litres d'eau acidifiée par 20 gr. (4 gr. par litres) d'acide chlorhydrique pur à 22 degrés Beaumé, densité 1,18 et de la pepsine en léger excès. La proportion de pepsine ne peut être déterminée que par son titre d'activité. Il faudra, par exemple, 35 grammes de pepsine du codex qui digère 30 à 40 fois son poids de fibrine (je parle de la pepsine extractive, en pâte, et non de la pepsine amylacée, qui digère seulement 6 fois), ou 6 grammes de pepsine au titre 200.

» On agite le mélange de temps en temps et l'on maintient la température constante. Au-dessous de 40 degrés la digestion se ralentit; si l'on dépasse sensiblement 50 degrés, on court le risque de détruire la pepsine, ce qui arrive infailliblement vers 70 degrés. Le mélange, d'abord à l'état de bouillie, se fluidifie peu à peu, et, après un temps qui varie de deux à six heures et plus, selon l'activité de la pepsine, devient transparent. Il contient alors un mélange de peptones et de syntonine ; il se coagule par la chaleur et par l'acide nitrique.

» Il ne faut pas confondre cette dissolution avec la digestion. L'acide chlorhydrique très dilué peut dissoudre les albuminoïdes, mais cette dissolution présente les caractères des substances protéïques, c'est le propre des ferments digestifs de leur faire perdre ces caractères et de les transformer en peptones.

» Après douze heures de digestion, on passe pour séparer les parties insolubles, et l'on filtre ; la filtration rapide est un indice que la transformation est assez complète.

» Le liquide filtré ne doit pas se troubler par l'ébullition.

» Traité par l'acide nitrique, comme il a été dit plus haut, il ne doit donner lieu à aucun nuage.

» On sature ce liquide par le bicarbonate de soude et on l'évapore au bain-marie. Lorsque la concentration est

assez avancée, il se forme une pellicu'e à la surface, la solution est arrivée à l'état de saturation.

» Il est préférable, pour l'emploi thérapeutique, de conserver la peptone à cet état de solution sirupeuse. Si l'on pousse l'évaporation jusqu'à siccité, l'administration en est moins facile, puisqu'il faut redissoudre. »

Si l'alimentation des aliénés sitiophobes se fait généralement à l'aide de la sonde œsophagienne, il y a des cas où elle peut être tentée à l'aide de lavements nutritifs; il y a même des circonstances, que tous les cliniciens connaissent, où l'unique moyen d'alimentation consiste dans l'emploi de ces lavements. Or, s'il y a encore aujourd'hui des doutes sur la possibilité de se servir du rectum comme voie d'alimentation, on est d'accord pour admettre qu'il faut associer aux aliments administrés par cette voie, des ferments digestifs, c'est-à-dire qu'il faut peptoniser ces aliments. Je ne veux pas, dans cette courte note, abuser des citations, je rappellerai seulement que M. Daremberg a publié dans la *Gazette hebdomadaire* des observations très concluantes en faveur des lavements de peptones de viande : augmentation du poids des malades, augmentation de la proportion d'urée excrétée.

Les peptones, préparées à l'aide de la pepsine, conviennent-elles pour l'alimentation par le rectum, ou vaut-il mieux recourir à un autre ferment?

J'ai eu à préparer pour un de nos aliénés, sur la demande de M. Ach. Foville, alors directeur-médecin de l'asile, des lavements de viande peptonisée. Sur des indications fournies par des auteurs, j'avais donné, dans l'espèce, la préférence à l'emploi de pancréas de bœuf frais. J'ai dû, au bout de quelques jours, y renoncer; la peptonisation se faisait d'une façon satisfaisante, mais le mélange acquérait plus ou moins vite, suivant des conditions de température et d'autres causes que je n'ai pu apprécier, une odeur putride qui rendait très désagréable, sinon

dangereux, l'usage de la préparation ; force m'était de préparer chaque jour les lavements conseillés et de faire marcher l'opération de façon à ce que le lavement fût donné aussitôt que la peptonisation était effectuée. J'ai dû donc remplacer le pancréas par de la pepsine acidifiée, suivant la formule que j'ai donnée ci-dessus, qui ne produisait pas le même inconvénient. On sait que la viande, peptonisée sous l'influence de ce ferment, est susceptible d'une conservation relativement longue.

Quoique les observations en faveur de l'absorption nutritive par le gros intestin soient nombreuses, — il est vrai que bon nombre aussi d'observations sont citées pour combattre cette opinion, — je crois devoir faire connaître la suivante, qui est due à un de mes confrères, M. Bagros :

« Au mois d'octobre 1879, un médecin me demanda de préparer chaque jour un lavement de peptone pour une jeune personne qui refusait de prendre toute espèce de nourriture.

» Aucune formule n'ayant été publiée, voici celle à laquelle je me suis arrêté :

Viande maigre de bœuf . .	100	grammes.
Pepsine acidifiée Boudault.	4	—
Glycérine pure	20	—
Eau tiède.	80	—

» Pilez la viande dans un mortier de marbre, jusqu'à ce qu'elle soit réduite en pulpe. Ajoutez alors successivement la pepsine, la glycérine et l'eau tiède. Introduisez le mélange dans un flacon à large ouverture, que vous placez au bain-marie, à une température constante de 40 à 45°. Au bout de cinq à six heures, la couleur rose qu'avait le mélange au début de l'opération a été remplacée par une couleur grise. Passez alors avec expression à travers une passoire fine ou une étamine en tissu léger. Il ne m'est resté chaque fois que 8 à 10 grammes de résidu sur la

passoire. Le produit recueilli est un liquide opaque, grisâtre, presque inodore.

» L'addition de glycérine, au début de l'opération, est indispensable pour l'empêcher d'acquérir une odeur désagréable, et elle ne nuit en aucune façon à l'action dissolvante de la pepsine. Cette préparation se conserve parfaitement, j'en garde deux échantillons depuis plus de quatre mois dans des flacons incomplètement pleins, qui ont été débouchés plusieurs fois et ils sont dans le même état que le premier jour.

» La personne pour laquelle j'ai été appelé à préparer ce lavement en était arrivée à ne prendre aucune espèce de nourriture. Quelquefois, elle ne mangeait dans sa journée qu'une ou deux figues ou un peu de raisin sec, et faisait, malgré cela, une promenade chaque jour. Pendant près d'un mois, elle a pris chaque matin ce lavement et n'a cessé d'en faire usage que lorsqu'elle a pu commencer à manger. »

L'administration des lavements nutritifs est soumise à des règles qu'il est important de suivre fidèlement et qui sont certainement connues des cliniciens. A ceux qui désireraient se les remémorer, je signalerai l'excellente thèse que M. O. Chevallier a soutenue sur ce sujet, le 4 novembre 1879, que M. Régis a analysée (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1880) et dont un extrait étendu a été reproduit par M. Bouchardat, dans son Annuaire de thérapeutique pour 1880.

Archives cliniques

50

ASILE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE. — M. BILLOD.

Démence aiguë sans délire, suivie de lypémanie avec délire de persécutions d'abord, et délire hypochondriaque ensuite.

SOMMAIRE. — Antécédents. — Affaiblissement des facultés intellectuelles à la suite d'une chute sur la tête. — Trois années environ après, délire de persécutions persistant pendant quatre à cinq ans; succession d'un délire hypochondriaque au délire de persécutions coïncidant avec l'apparition d'un léger eczéma. — Réapparition du délire de persécutions un mois après l'admission, avec persistance du délire hypochondriaque.

L'observation qu'on va lire et qui a été recueillie par M. Salet, interne distingué du service, semble présenter un type de lypémanie hypochondriaque, de cette monomanie qu'il importe essentiellement de distinguer de l'hypochondrie sans délire et caractérisée par de simples préoccupations relatives à la santé, préoccupations ordinairement entretenues par un trouble persistant dans les fonctions digestives. La coïncidence de l'absorption du délire de persécutions en un délire hypochondriaque avec l'apparition d'un léger eczéma nous paraît aussi d'un certain intérêt. Cette observation nous offre enfin un exemple remarquable d'affaiblissement des facultés intellectuelles et particulièrement de la mémoire des choses récentes correspondant à ce que l'on a appelé démence aiguë, exemple d'autant plus remarquable que, dans l'espèce, l'affaiblissement des facultés intellectuelles a précédé leur déviation, que la démence enfin, au lieu d'être consécutive à l'aliénation, lui a été primitive.

M. J... Aristide est âgé de quarante-trois ans; il est d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution qui paraît assez bonne. Il a fait de bonnes études littéraires et possède, avec une grande douceur de caractère, tous les dehors d'un homme du monde. Nous devons noter tout d'abord que la sœur de la grand'mère maternelle du malade s'est suicidée dans un accès d'aliénation mentale et qu'un frère à lui est séquestré depuis longues années dans un asile d'aliénés.

Vers l'âge de vingt-deux ans, au moment où M. J..., jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles, se préparait à remplacer son père dans le commerce des vins, il fait une violente chute sur la tête, à la suite de laquelle il reste plusieurs jours sans connaissance et qui a fait craindre pour sa vie. Cependant la santé physique ne tarde pas à se rétablir; mais on constate alors un affaiblissement très manifeste des facultés intellectuelles et particulièrement de la mémoire des faits récents. Ce fait nous a paru tellement extraordinaire que nous avons cru devoir multiplier nos questions, et je dois dire que les réponses qui nous ont été faites par des membres très intelligents de la famille, ne laissent pas le moindre doute à cet égard.

Aucun indice de délire ne vient encore compliquer cet affaiblissement. Cet état reste stationnaire pendant une année environ; puis les facultés intellectuelles semblent peu à peu reprendre leur empire; le malade peut se livrer à quelques travaux d'esprit, mais la mémoire est loin de suivre la même marche. Quelques années après sa chute, les facultés intellectuelles étaient revenues presque entièrement à leur état normal, tandis que la mémoire des faits récents était toujours affaiblie. Ne pouvant, à cause de ce fait, exercer le commerce auquel sa famille le destinait, il mène pendant quelque temps une vie dont l'oisiveté lui pesait. Pour s'occuper, il eut l'idée de demander une place dans un bureau public. C'est d'abord un emploi modeste

qu'il désire ; mais peu à peu ses prétentions s'accroissent, et c'est ici que se montrent les premiers signes de délire. Il écrit lettre sur lettre au préfet de son département, aux divers ministres et enfin ne tarde pas à se croire nommé receveur particulier, mais attendant toujours en vain la nomination officielle qu'il croit lui avoir été adressée ; il se crée des ennemis imaginaires qui l'auront interceptée ; de là, des haines contre certaines familles influentes de son pays ; de là, de nouvelles pétitions qu'il a soin d'aller mettre à la poste à quelques lieues de la ville qu'il habite, car il soupçonne chez lui le directeur des postes de les supprimer. Bientôt le délire de persécutions déjà si manifeste prend un caractère encore plus accusé et semble s'accompagner d'hallucinations de l'odorat et du goût.

Ainsi ses ennemis, ne lui pardonnant pas ses démarches, veulent par tous les moyens possibles se défaire de lui. C'est pourquoi ils mêlent à ses aliments des substances nuisibles ; il sent très bien que le chocolat qu'il prend le matin contient de l'arsenic, qu'on a mis dans son potage de l'acide sulfurique, etc.

C'est vers cette époque qu'un léger eczéma apparaît sur la joue gauche de notre malade. Aussitôt, son imagination s'empare de ce fait pour l'exagérer dans ses conséquences ; il consulte tous les médecins de sa localité; puis,ne se trouvant rien moins que rassuré malgré l'unanimité des avis sur la bénignité de son affection cutanée, il se décide à aller voir à Paris les sommités médicales. Bientôt, à l'aide de quelques frictions soufrées et quelques gouttes d'une liqueur arsénicale, l'eczéma disparaît.

M. J..., d'abord satisfait de ce résultat, s'en effraya bientôt. Habitué depuis quelque temps à ne s'occuper d'autre chose que de sa santé, il ne peut se résoudre à se croire guéri ; et bientôt il s'imagine que sa santé n'est qu'apparente et les idées hypochondriaques les plus bizarres ne tardent pas à se montrer : son eczéma s'est porté à l'in-

térieur; ses viscères en sont atteints; ce sont surtout les poumons qui ont été frappés, ils ne tiennent plus à leur place que par quelques filaments légers; le moindre effort, le moindre choc va les détacher, aussi n'ose-t-il élever la voix et marche-t-il avec précaution se tenant la poitrine des deux mains. Un jour, il entend fortuitement parler de la transfusion du sang; dès ce moment, il croit que son sang est vicié et il emploie toute espèce de supplications et de ruses pour amener un de ses amis, docteur en médecine, à lui faire la transfusion du sang. Un autre jour, il arrive chez ce même ami, traînant une jambe et tenant un bras immobile : « Je suis paralysé » lui dit-il. Celui-ci veut lui prouver le contraire, une discussion s'engage, M. J... marche à grands pas dans le salon, fait de grands gestes et soutient encore qu'il est paralysé. Et ainsi d'une foule d'incidents hypochondriaques, qu'il serait trop long d'énumérer; mais nous devons faire une remarque: c'est que depuis que son attention s'est fixée sur sa santé, ses idées délirantes antérieures ne se sont pas plus montrées que si elles n'avaient jamais existé; un délire a absorbé l'autre. Cet état persiste à peu près le même pendant une douzaine d'années, sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour le malade ou pour les personnes qui l'entouraient.

M. J... n'avait jamais présenté de signes d'excitation, lorsque, vers les premiers jours d'octobre, à la suite d'une contrariété un peu vive au sujet de son délire, il lève la main sur sa mère, bien qu'il l'aime tendrement, et ne craint pas de la frapper assez violemment. Dès ce jour, la séquestration fut jugée nécessaire et M. J... entre à l'asile le 10 octobre 1862. A son arrivée, nous constatons encore un peu d'excitation ; il veut sortir, s'indigne de ce qu'on a violé à son égard le droit des gens, etc.; mais du reste ne parle pas de ce qui s'est passé avec sa mère. Le lendemain nous le trouvons, à la visite, dans un état de calme complet; il entre avec nous dans les détails les plus circonstanciés pour nous

expliquer la maladie dont il est atteint. Depuis ce moment l'état mental de M. J... n'a pas varié; ce sont toujours les mêmes manifestations hypochondriaques; un jour, il a serré sa cravate autour de sa poitrine afin de soutenir ses poumons; une autre fois, il demande avec instance, tantôt un médicament, tantôt un autre; parfois il refuse de manger prétendant qu'il va étouffer, que sa digestion ne se fera pas, etc. Dès qu'il nous aperçoit, il se dirige vers nous pour nous entretenir de ses souffrances et seulement de cela. De famille, d'amis, il n'en est plus pour lui, et c'est le contrarier au plus haut point que de lui objecter que les maux dont il se plaint sont purement imaginaires. Tel était l'état du malade, lorsque le 7 novembre à la visite, nous lui entendons exprimer de nouveau des idées de persécutions qui, cette fois, se combinent avec le délire hypochondriaque. C'est ainsi que M. J... se plaint amèrement de ce qu'on ajoute du phosphore à ses aliments et en particulier à son chocolat, il explique par l'ingestion de cette substance une sensation de chaleur brûlante, probablement le pyrosis, qu'il dit éprouver.

Ce sont ses éternels ennemis, ceux-là qui déjà avaient détourné sa nomination à une recette particulière, qu'il accuse de ces nouvelles machinations.

Dans cette réapparition des idées de persécutions, M. Billod voit un indice de généralisation du délire et, par suite, un signe avant-coureur de démence, pour ne pas dire un premier degré.

Nous croyons devoir faire suivre cette observation de la lettre ci-jointe, comme spécimen du délire hypochondriaque de J...; elle est adressée à un docteur en médecine de ses amis :

Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 12 novembre 1862.

Mon cher S...,

Si tu ne viens à mon secours, je suis un homme perdu : mon *exhéma* m'est tombé sur les intestins et empêche mes

évacuations ; j'ai été à la selle après douze jours de constipation, par suite de potiron que j'avais absorbé en abondance.

Une autre fois, le lendemain, j'ai vu à mes excréments que c'était l'humeur qui obstruait les voies évacuatives, je crois qu'il est urgent que j'ai le ventre garni de vésicatoires et malgré cela, je le crains bien, je suis un homme perdu, la paralysie va s'en mêler si elle n'est déjà arrivée.

Adieu, mon cher S..., nous avons fait à peu près nos classes ensemble. Depuis, je t'ai connu à Paris. C'est donc un engagement de plus pour toi à ne pas tarder, le temps presse. Je n'évacue plus, il faut absolument débarrasser les voies évacuatives. Je compte sur toi.

Nos médecins ici sont sans doute savants, mais ce sont des médecins aliénistes qui s'occupent principalement de leur partie; je ne doute pas, du reste, que vous ne vous entendiez parfaitement sur tous les points de médecine à mon sujet. Mais surtout mets de la célérité.

51

MAISON DE CHARENTON. — M. A. FOVILLE

Accès passager de délire ambitieux chez un ancien hémiplégique

SOMMAIRE. — Hémiplégie il y a quinze ans. — Accès de mélancolie il y a trois ans.— Délire des grandeurs diffus et incohérent, sans trouble marqué de la motilité.— Amélioration très rapide. — Sortie au bout de trois mois, avec toutes les apparences de la guérison.

M. L. A. P... a été placé dans un établissement d'aliénés, le 20 novembre 1867, à l'âge de cinquante ans.

Son père, qui s'était fait remarquer par la bizarrerie de sa conduite et son mauvais caractère, est mort subitement à l'âge de quarante ans. La sœur de M. P... a fait un séjour de plusieurs années dans l'établissement d'aliénés où il est lui-même placé.

M. P... n'a jamais été bien intelligent; il n'a reçu qu'une

éducation primaire fort ordinaire ; marié de bonne heure et établi dans une petite ville des environs de Paris, comme épicier, il n'y a jamais fait preuve d'aptitude pour la gestion de ses affaires, et sa femme, très capable au contraire, a toujours mené la maison. En outre, M. P... est porté aux excès de boisson, et malgré l'empire que sa femme exerce sur lui, elle n'a pas toujours réussi à le maintenir dans la sobriété.

A l'âge de trente-cinq ans, il y a quinze ans, par conséquent, M. P... a eu une attaque d'apoplexie, avec hémiplégie gauche. Au bout de quelques années, il était à peu près guéri, en ce qui concerne les mouvements, mais son intelligence, déjà défectueuse avant l'accident, était restée notablement affaiblie, et il conservait dans la prononciation une difficulté qui n'existait pas avant son attaque. Elle consistait en une sorte de bégaiement accidentel, sans altération dans le timbre de la voix.

Il y a cinq ans, sa fille unique se maria et dut quitter la ville ; cette séparation fut pour M. P... une cause de très vive émotion ; il éprouva un premier accès d'aliénation mentale, caractérisé par de la tristesse, du découragement, des idées de suicide suivies d'une tentative d'exécution. Au bout de trois mois environ, sans traitement spécial, il put être considéré comme guéri ; il continua à vivre d'une manière très sédentaire, ne voyant guère que les personnes de sa famille, mais aimant toujours trop à boire du vin. On pense que cette mauvaise habitude, trop largement satisfaite, a été la cause des accidents qui se sont produits depuis un mois.

A la suite d'un voyage fait chez sa fille, M. P... donne des signes d'excitation maniaque ; puis éclate un véritable délire ayant, dès le début, le caractère grandiose. M. P... ne parle que de ses richesses et de ses dignités ; il a des équipages ; il a été envoyé par l'impératrice pour faire des heureux. Il se préoccupe surtout de questions de mariage,

propose à toutes les personnes qu'il voit de leur procurer femmes ou maris.

Le 16 novembre, les accidents redoublent d'intensité. M. P... ne dort plus, fait les plus grandes difficultés pour manger, demande à boire du vin, commet des actes extravagants.

Cet état persistant, et la surveillance à exercer sur lui devenant de plus en plus difficile, il est conduit le 20 dans un asile d'aliénés; sa famille affirme que, depuis qu'il est agité et délirant, la difficulté qu'il a à s'exprimer a diminué au lieu d'augmenter.

Le malade se présente, à son entrée, dans un état de grande agitation; il ne peut rester en place; il entend continuellement des voix; il déblatère d'une manière décousue, tous ses propos portent, au plus haut degré, le caractère du délire des grandeurs. Il est chargé de mettre à exécution les décrets de la Providence, il est au-dessus de la nature de l'homme, entre Dieu et l'Empereur, dont il a réglé tous les actes depuis vingt ans; son intervention va apaiser tous les différends entre les souverains et les peuples, il possède des richesses immenses ; il peut toujours manger et boire; ce matin il a été à Marseille, et il en est revenu en un quart d'heure, pour demander la main d'une jeune fille ravissante, etc. Tous ses propos sont entremêlés, diffus, incohérents.

Sa parole ne présente pas l'altération propre à la paralysie générale, mais il éprouve, par moments, pour prononcer certaines syllabes, une difficulté qui se rapproche du bégaiement. La démarche est régulière ; la pression des mains sensiblement égale; l'on ne saurait reconnaître, aujourd'hui, les traces de l'ancienne hémiplégie gauche.

Pendant les premiers jours, l'excitation et l'insomnie persistent; mais elles ne tardent pas à diminuer. Les actes sont bientôt réguliers, puis M. P... ne parle plus de lui-même, de ses idées de richesses et de grandeurs; seule-

ment, si on lui en parle, on voit qu'il conserve une certaine complaisance pour ces souvenirs. Bientôt cette complaisance, elle-même, disparaît.

Au bout d'un mois, il n'y a plus trace d'hallucinations ni de délire ; mais l'intelligence reste affaiblie ; la mémoire paraît épuisée ; la motilité reste dans le même état. Pendant les semaines suivantes, l'amélioration persiste et augmente, les facultés se relèvent peu à peu au niveau qu'elles avaient avant cet accès de délire; M. P... revoit les membres de sa famille, promet d'éviter à l'avenir tout écart de régime, et sort, le 16 février, dans un état d'amélioration qui peut être considéré comme constituant une guérison relative.

Remarques. — Au moment de son admission, et alors que nous ne connaissions pas encore les détails de ses antécédents, M. P... nous a frappé par deux circonstances liées à son état d'excitation maniaque :

1° La nature de son délire des grandeurs, diffus, incohérent, universel, prenant occasion d'un mot prononcé au hasard, pour imaginer de nouvelles preuves de sa richesse, de son pouvoir ; ne reculant devant aucune contradiction, aucune énormité. Ce délire présentait en un mot les caractères de celui qui est si fréquent dans les périodes maniaques expansives de la paralysie générale.

2° L'intégrité de la motilité et le genre d'altération de la parole, qui ne ressemblait en rien à celle des aliénés paralytiques, et paraissait plutôt attribuable à un vice de conformation ; nous fîmes donc, dès le premier abord, des réserves au point de vue du diagnostic et du pronostic.

La connaissance des antécédents nous confirma dans l'opportunité de ces réserves ; la question restait douteuse.

La marche ultérieure de la maladie a-t-elle été de nature à lever ces doutes ? C'est ce qui reste à examiner.

En résumé, un homme à prédispositions cérébrales fâ-

cheuses, à intelligence peu développée, resté amoindri au physique comme au moral, à la suite d'une attaque d'apoplexie ancienne, se livrant volontiers à des excès de boisson, éprouva, il y a cinq ans, en se séparant de sa fille unique, un accès d'aliénation à forme mélancolique, et se rétablit au bout de trois mois.

Il y a un mois, très probablement sous l'influence de nouvelles libations, réapparition du délire, ayant cette fois la forme maniaque ambitieuse, diffuse et incohérente des paralytiques, mais sans altération notable de la motilité. Conduit dans un asile, et traité en vue de son excitation maniaque, M. P... se calme promptement; au bout d'un mois, tout délire a disparu. Au bout de trois mois, M. P... sort et paraît entièrement revenu à son état antérieur.

Avons-nous assisté à un accès d'aliénation à forme maniaque, isolé et indépendant, comparable à l'accès de mélancolie qui s'était produit, il y a cinq ans? Ou, au contraire, est-ce le premier acte d'un drame pathologique destiné à traverser toutes les phases de la démence paralytique, et l'amélioration actuelle, si prompte et si complète (relativement à l'état antérieur), n'est-elle qu'une des rémissions ordinaires dans le cours de cette maladie ?

Entre ces deux opinions, nous avouons ne pas oser nous expliquer d'une manière trop affirmative ; mais nous nous sentons disposé à pencher pour la première, et à attribuer les derniers accidents à un travail congestif temporaire qui s'est développé autour de l'ancienne cicatrice, plutôt qu'à une dégénérescence de toute la surface des hémisphères.

Si cette manière de voir est exacte, ici encore les caractères du délire des grandeurs, dans le cours d'un accès de manie simple, auront été identiques à ce qui se voit dans la folie paralytique.

52

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. BAILLARGER.

SOMMAIRE.—Hallucinations produites par l'abus des liqueurs alcooliques. —Guérison de plusieurs accès successifs obtenue très rapidement par l'administration du vin de coloquinte.

M. E..., horloger, âgé de 55 ans, fait depuis longtemps des excès de boissons et il a déjà eu quatre accès de folie alcoolique.

Le délire a toujours débuté de la même manière et offert les mêmes caractères. Les hallucinations de la vue en sont le premier et principal symptôme. M. E... voit des démons qui dansent devant lui, qui lui jettent du feu sur la tête. Les deux premiers accès ont duré chacun douze jours environ.

Ces accès se sont succédé de six mois en six mois.

Au début du troisième, le malade a pris une forte dose de vin de coloquinte et les hallucinations ont cessé au bout de trente-six heures.

Dans le quatrième accès traité de la même manière, les hallucinations ont à peine persisté un jour entier.

Le malade, qui connaît désormais l'efficacité du remède, ne manque pas d'y avoir recours aussitôt qu'il se sent menacé d'une rechute.

35

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. BAILLARGER.

Hallucinations intermittentes. — Délire consécutif. Guérison par le sulfate de quinine à haute dose.

SOMMAIRE. — Hallucinations de l'ouïe restant isolées pendant huit jours et revenant la nuit seulement. — Bientôt délire démonomaniaque. — Séquestration. — Emploi du sulfate de quinine à très haute dose. — Guérison immédiate.

M. F..., âgé de 32 ans, docteur en médecine, a déjà éprouvé, il y a plusieurs années, un commencement d'aliénation mentale. Depuis lors, il s'est marié et s'est livré à l'exercice de sa profession. Il y a quatre ans, il se trouvait momentanément dans un grand état de gêne, par suite de pertes qu'il avait éprouvées, il fut très tourmenté, devint fort inquiet; on croit qu'en outre, il était devenu jaloux de sa femme.

C'est dans ces circonstances que M. F... commença à entendre, la nuit d'abord, des bruits dans les oreilles et bientôt des voix qui l'injuriaient. C'était de la rue que toutes ces voix lui semblaient partir.

Pendant le jour, la santé était parfaite, mais chaque soir après le coucher, les hallucinations de l'ouïe recommençaient; cela dure huit jours sans trace de délire, mais alors le malade commence à croire à la réalité de ses fausses perceptions, il se tourmente, s'agite, répond aux voix qui l'injurient. Bientôt survient l'idée du diable, elle s'empare de M. F... et ne le quitte plus : c'est le démon qui le poursuit, etc

On place le malade dans une maison de santé, il n'y a aucune amélioration pendant huit jours, le délire semble au contraire augmenter surtout pendant les nuits qui sont très agitées. Les hallucinations, qui d'abord n'avaient duré que quelques heures, se prolongent maintenant toute la nuit;

elles n'avaient point encore lieu pendant le jour, au moins d'une manière continue.

C'est alors que le médecin, prenant en considération l'intermittence des hallucinations, administra deux grammes de sulfate de quinine en deux doses.

Les hallucinations cessèrent dès la première nuit, qui fut beaucoup plus calme.

Le lendemain, dose égale à la première. La nuit se passa égalcment sans fausses perceptions ; le troisième jour le délire s'est déjà beaucoup modifié et bientôt il a totalement disparu (1).

---

(1) J'ai retrouvé dans mes notes cette observation qui m'a été communiquée, il y a d'assez longues années, par le médecin auquel M. F... a dû sa guérison. Cette observation n'est point signée, et je regrette de ne pouvoir ici rappeler le nom de son auteur.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

CONCERNANT

L'ÉTAT MENTAL

DU NOMMÉ

ALPHONSE R...

Inculpé d'homicide par imprudence (1)

par MM. les Drs ARTHAUD, D. MOLLIÈRE et MAX SIMON

Nous soussignés, Arthaud, professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Lyon, Daniel Mollière, major désigné de l'Hôtel-Dieu, professeur

(1) Le 15 juillet 1878, R... était sorti, accompagné de deux parents et de son beau-père M. G.., pour faire une promenade dans le parc entourant l'habitation de sa mère. Comme cela, du reste, lui arrivait souvent, R... avait pris son fusil pour abattre quelques martinets. Il marchait derrière son beau-père. Pendant que R... faisait le geste d'épauler, une détonation se fait entendre et M G... tombe mortellement frappé. Arrêté et traduit en police correctionnelle pour homicide par imprudence, R... allait être condamné à une peine légère, quand il se lève et déclare, en pleine audience, qu'il a tué son beau-père volontairement, parce que celui-ci l'empoisonnait. En présence d'une telle déclaration, le tribunal décida que R... serait envoyé à l'asile de Bron pour y être soumis à une attentive et minutieuse observation. C'est le résultat de cette observation, qui est consigné dans le rapport ci-dessus.

agrégé à la faculté de médecine et Max Simon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron, commis par ordonnance de M. Gros, président du tribunal correctionnel, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Alphonse R..., inculpé d'homicide par imprudence, après avoir prêté le serment prescrit par la loi, examiné l'inculpé, consulté son dossier et réuni tous les renseignements que nous avons pu recueillir, avons rédigé le rapport suivant que nous avons divisé en deux parties. Dans la première, nous exposons les faits propres à mettre en lumière l'état mental de l'inculpé; dans la seconde, nous apprécions ces faits et nous en indiquons la signification. Nos conclusions découleront tout naturellement de l'ensemble de notre travail.

Exposition des faits.

R..., 32 ans, grand, mince, d'un tempérament nerveux, paraît avoir toujours été d'une santé assez délicate que de nombreux excès ont encore altérée. A l'âge de dix ans, il a eu une méningite très grave. Plus tard, il fut soigné d'une nécrose au tibia par M. le Dr Desgranges. On dut extraire de nombreux sequestres, et pendant quatre ans R... marcha avec des béquilles; il demeura longtemps malingre et souffrant.

Au point de vue intellectuel, R... semble avoir toujours eu des facultés assez ordinaires. Enfant, il se montrait peu appliqué à l'étude et d'une légèreté extraordinaire. Plus tard, malgré les efforts de maîtres nombreux et habiles qui lui sont donnés, il ne parvient à acquérir qu'une somme de connaissances des plus médiocres. Je dois noter cependant, chez l'inculpé, une aptitude assez spéciale pour une des branches des arts mécaniques : R..., nous le voyons par les pièces de l'instruction, semble avoir montré dans l'art de l'armurier un certain génie inventif.

La jeunesse de R... est surtout marquée par des excès,

et, on peut le dire, par des actes graves qui témoignent chez lui d'une absence singulière de sens moral. Je n'insisterai pas sur ces faits qui sont suffisamment connus de la justice devant laquelle ils l'ont conduit.

A côté de ces actes graves, au point de vue de la morale, on trouve dans la vie de jeune homme de R... des excentricités de toute sorte. Je citerai quelques-uns de ces faits qui sont en quelque sorte de notoriété publique.

Un jour qu'il se promenait à cheval, comme cela lui arrivait souvent, R... rencontre un cantonnier occupé à travailler sur la route; il fait sauter son cheval par-dessus cet homme et le renverse; celui-ci se relève, court après R..., l'atteint, le jette à bas de son cheval et le frappe; R... lui donne 20 francs en lui disant qu'il est un brave et qu'il lui plaît. Une autre fois, il tire un coup de pistolet pour décoiffer un de ses amis. Dans une autre circonstance, il menace quelqu'un d'un coup de revolver pour contraindre cette personne à dîner avec lui. Etant en chasse, accompagné d'un domestique de sa mère, il dit à cet homme de prendre son chapeau à la main et d'étendre le bras, et tire sur ce chapeau ainsi tenu par ce domestique, qui se sauve tout effaré On se rappelle encore ce coup de fusil (un fusil de son invention) qu'il fit partir dans la boutique d'un barbier. Ayant la passion des chevaux, son plus grand plaisir était de lutter de vitesse avec l'express, parcourant au galop la route qui longe le chemin de fer. Les passants se sauvaient effrayés par les cris de : gare! gare! qu'il poussait à chaque instant et par la vue de ce cavalier emporté par un cheval lancé à toute bride, en disant : Voilà le fou! On pense bien qu'avec un tel régime les chevaux de R... ne vivaient pas longtemps; la bête morte, il en achetait une autre et recommençait.

Jusqu'ici nous n'avons que des faits bizarres, excentriques, communs chez les individus ayant une tare héréditaire (et nous verrons plus loin que R... est dans ce cas)

C'est bien de la maladie déjà ; mais chez nombre de sujets les choses en demeurent là : ils se montrent bizarres, irréguliers dans leurs actes pendant toute leur vie; on les regarde comme des originaux, mais ils s'acquittent, cependant, tant bien que mal, des devoirs sociaux.

Il en est tout autrement pour R..., et nous allons nous trouver en face de véritables idées délirantes. Nous verrons le délire naître chez lui, s'organiser et nous pourrons suivre pas à pas, si je puis ainsi dire, la maladie qui se montre pour la première fois à la suite des dissipations de R... et de la perte de sa fortune, et qui débute, comme cela a lieu très ordinairement, par des maux de tête extrêmement violents. A cette époque (1871), R... est conduit chez le Dr C..., médecin de la famille. Voici, d'après ce médecin, les paroles de son malade : « Je souffre de la tête, surtout » du côté du cervelet. Ce ne sont pas des douleurs lanci- » nantes, mais plutôt quelque chose de lent et de continu. » Mes idées s'en vont comme l'eau qui s'échappe d'un » vase percé; je ne puis les retenir...; le jour, passe » encore, je cherche à me distraire, je sors; mais mes » nuits sont sans sommeil. J'entends des voix, on parle de » moi, on complote...; je cours à la porte, à la fenêtre, je » n'ai jamais la chance de rencontrer personne, et cepen- » dant je les entends fort bien. » Pendant que R... éprouvait ces accidents, il restait enfermé des semaines entières sans vouloir communiquer avec personne. M. le Dr C... conseilla un traitement hydrothérapique et Alphonse R... fut placé dans l'établissement de Serin, alors dirigé par le Dr Brochard. Nous avons cru qu'il n'était pas sans utilité d'avoir sur l'état mental de R..., à l'époque où il fut mis dans son établissement, l'opinion de M. le Dr Brochard. De la lettre qui a été envoyée à l'un des experts et qui est jointe au dossier, il résulte que, pour ce médecin distingué, R... ne jouissait certainement pas alors de l'intégrité de ses facultés.

A la suite du traitement hydrothérapique auquel il avait été soumis, R... paraît être demeuré assez calme pendant un certain temps. Il y a eu là une période de rémission dans la maladie; mais, en 1875, les phénomènes délirants se font jour de nouveau. Vers cette époque, R... assure qu'une *bande* le surveille; que, lorsqu'il va à Lyon ou à G..., des individus se font des signes en le voyant. Il prétend qu'on empoisonne ses chevaux; il croit qu'on veut l'empoisonner lui-même. C'est alors qu'il commence à aller chercher son eau et à ne boire que de cette eau. Toujours à la même époque, il se levait de table pour changer de verre, d'assiette; il ne consentait à manger que le pain qu'il avait été couper lui-même à la cuisine; il engageait M. G... à en faire autant, s'il ne voulait pas lui-même être drogué. Voyant des taches sur ses mains, il les attribuait au poison qu'on lui faisait prendre; il se croyait empoisonné. C'est une femme de chambre attachée au service de son beau-frère qu'il soupçonne de lui administrer toute espèce de substances nuisibles. Il dit textuellement au médecin de sa famille que le domestique de M. de B .. lui a donné beaucoup de sublimé corrosif : « Je le sais, je l'ai vu faire, ajoute-t-il, j'ai entendu leurs « complots. »

Quelques lignes écrites sur des pages de calepin par R .. et que je demanderai la permission de transcrire, confirment absolument, au sujet des idées d'empoisonnement qu'avait l'inculpé, les dires de son entourage. Seulement, la date de ces notes indique que R... avait déjà des idées d'empoisonnement avant l'époque où elles ont été manifestes pour tous.

Sur un de ces calepins on lit :

« John rôde souvent quand Jean met le couvert; ils parlent presque à voix basse; ils ne se méfient pas de moi; ils me croient plus sourd que je ne suis. — Mange! — Oui, ré-

pond Jean, et comme un ogre. — Ah, reprend John, il faut qu'il n'ait pas de cœur. »

Sur le même calepin, page suivante : « Etant dans mon atelier, vendredi 13 mars 74, à une heure de l'après-midi, j'ai entendu John parler de moi à Jean, disant : Mais cela ne lui fait donc rien. »

Sur un autre calepin :

« 12 février, B... me met une dose dans la confiture, pendant que Mme B... (1) tourne le dos — parle une demi-heure avec Blanchard vers le bassin de la ferme. » A la date du vendredi 18 septembre 1874, on trouve : « Conversation entre John et le parisien qui confirme mes soupçons et dont je me souviendrai » (cette dernière note sur le calepin mentionné plus haut).

Je reviens à l'exposé des faits.

D'après ce que nous avons vu plus haut, le beau-frère de R... est donc le chef de la bande qui le poursuit, et cette bande veut faire périr par le poison lui et les siens. C'est dans la persuasion qu'il est empoisonné que R... prend des bains et se purge souvent, qu'il lit continuellement Raspail. Il est intéressant de voir R... indiquer la manière dont on s'y prend pour l'empoisonner, car ce qu'il dit à ce sujet rentre bien dans les façons de s'exprimer des aliénés à idées d'empoisonnement : « Tenez, dit-il au Dr C..., « regardez comme la femme de chambre me sert à table : » elle secoue les doigts sur l'assiette qu'elle m'apporte ; » elle a du sublimé dans les ongles et elle en saupoudre » les mets qu'elle me sert. » J'ajouterai que, dans plusieurs des interrogatoires que nous lui avons fait subir, R... nous a reproduit les mêmes termes en faisant le geste qu'il prêtait à la femme de chambre ; cette femme de chambre, naturellement, fait, elle aussi, partie de la bande.

(1) Nom illisible pour qui ne connaît pas les personnes dont il est question. (*Note des experts.*)

Quand on demande à R... le motif de toutes les poursuites dont il se croit l'objet, sa réponse est qu'on en veut à sa mère et à sa sœur, qu'on a entrepris de les faire disparaître et que c'est pour arriver plus facilement à ce but criminel qu'on désire, tout d'abord, se débarrasser de lui.

En 1877, Mme de B.., sa sœur, tombe malade. Cet événement frappe R... et vient apporter un nouvel aliment à ses conceptions délirantes. Il se persuade que la maladie dont sa sœur est atteinte est le résultat d'un empoisonnement par la belladone. Il ajoute qu'il a lu dans un livre de médecine que la belladone dilate les pupilles, et qu'il voit, en effet, celles de sa sœur s'agrandir chaque jour davantage.

Nous voyons donc les idées d'empoisonnement persister chez R... pendant plusieurs années, et, peu de temps avant l'événement qui l'a conduit devant les tribunaux, il est tellement sous l'influence de ces idées délirantes, qu'il va trouver un pharmacien, M. Malignon (près duquel nous nous sommes, du reste, renseignés au sujet de cette démarche), pour le prier d'examiner un couteau qu'il lui présente et qu'il prétend être empoisonné.

Enfin, la veille même de l'homicide de M. G..., R... causant avec un ami de sa famille, examine la main de cette personne, la compare à la sienne, fait remarquer que ses propres ongles n'ont pas la couleur de ceux de son interlocuteur, et en conclut qu'il est empoisonné.

Ici se place l'homicide de M. G... Je ne retracerai pas cette scène qui a été racontée par les personnes qui en ont été témoins. Je noterai simplement l'attitude de R..., qui est comme affolé et paraît avoir voulu se tuer. Arrêté et bientôt conduit à la prison Saint-Paul, les façons de R... attirent presque immédiatement l'attention du directeur de cette prison, M. Olivier. Dès le premier jour, en effet, R... se plaint qu'on a jeté des poudres sur son lit, et M. Olivier, après lui avoir démontré qu'il n'en est rien, voyant R...

persister dans son idée, a la complaisance de lui faire mettre de nouveaux draps. Quelque temps après, rencontrant fortuitement sa mère au palais de justice où celle-ci avait été demander la permission de le visiter, et où, lui-même avait été conduit pour être interrogé, il lui dit qu'on a distribué à lui et à ses codétenus du pain empoisonné. Avant comme après l'homicide de M. G..., R... est donc en proie à une conviction délirante bien déterminée, à un délire bien limité : on veut l'empoisonner.

Mais nous allons bientôt assister à quelque chose de nouveau, qui n'est pas rare, du reste, dans les délires de persécution chroniques, comme est celui de R... R... va manifester une certaine excitation maniaque, et des convictions délirantes nouvelles vont assiéger son esprit.

Dans une visite que lui fait sa mère à la prison, R... se montre si singulier, si incohérent que Mme R... en est toute effrayée. Sur la prière qui lui en est faite, M. Olivier se rend près de R..., et sa présence paraît ramener un peu de calme dans l'esprit de celui-ci.

Quelque temps avant que l'affaire fût appelée en justice, R... reçoit la visite de son avocat à qui il déclare qu'il ne sera pas jugé: une ordonnance de non-lieu a été rendue; un grand personnage le lui a fait savoir. Les assurances, les protestations contraires de l'avocat ne peuvent détruire chez R... cette conviction erronée. C'est à cette époque que R... écrit à M. Olivier une lettre portant le cachet de la nouvelle préoccupation délirante à laquelle il est en proie. Voici cette lettre :

Monsieur,

Quelques jours après avoir eu l'honneur d'être écroué dans votre prison, cellule no 3, je me suis aperçu que j'étais protégé par la société dont vous êtes le chef ici. J'ai donc demandé à un des gardiens, lui exprimant le vif désir de faire partie de votre société comme membre; il a dû vous faire part de ce vœu, car, dès que j'ai été en chambre

payante, mon parrain m'a été désigné d'une façon occulte par un des examinateurs qui doit être sous vous... Il m'a été dit, de la même manière, quelques jours plus tard, d'en prendre un second. Toujours occultement, on m'a indiqué que trente jours étaient le terme de mes épreuves, et que le jour de ma réception ne comptait pas; cela fait donc trente et un jours. Ayant suivi toutes les instructions, je suis plus qu'étonné, monsieur le Directeur, que ce terme soit dépassé depuis hier minuit. J'ai eu foi dans la parole de l'examinateur qui vous représente, et je vous avoue qu'il est triste, sachant que je suis accepté comme membre de votre société, d'être trompé sur des choses aussi sérieuses que ses statuts. Je suis persuadé, Monsieur, que vous ignorez ce qui se passe et que vous me ferez...

La veille même du jour où l'affaire de R... doit être appelée, les allures de celui-ci sont tellement singulières et frappent tellement M. Olivier qu'il se met, pour la séance du lendemain, à la disposition du tribunal.

Enfin le prévenu comparaît devant la police correctionnelle, et là, alors que tous les témoins s'accordent à considérer la mort de M. G... comme le résultat d'un accident, R... déclare qu'il a tué volontairement son beau-père, parce que celui-ci l'empoisonnait depuis longtemps. A la suite de cette déclaration, qui fait, à bon droit, douter de l'intégrité des facultés mentales de R..., celui-ci est envoyé en observation à l'asile de Bron.

A son arrivée à l'asile, R... se montre excité, incohérent, insolent même. Il prend un des experts pour un de ses amis ; il ne dort pas ; ses actes sont irréguliers. Pendant quelque temps, il se lave avec son urine, met des pierres dans sa bouche, etc... D'après ce qui nous est rapporté par le gardien de la division, il se livre vis-à-vis d'un autre malade à des tentatives déshonnêtes. Quant à ses idées d'empoisonnement, elles persistent toujours. A chacun des interrogatoires qu'on lui fait subir, il ne manque pas de revenir sur ce sujet. C'est toujours par le sublimé, par des

poudres, qu'on a voulu l'empoisonner et il montre ses ongles et ses mains comme preuve de ce qu'il avance.

Après un mois environ de séjour à la quatrième division où R... avait été mis, l'excitation qu'on remarquait chez lui disparaît en grande partie et est remplacée bientôt par une prostration marquée. R... maigrit au point d'inspirer des inquiétudes sur sa santé physique.

En conséquence de cet état de faiblesse, on le fait passer à l'infirmerie. Là, R... accuse toujours les mêmes préoccupations délirantes, il répète à plusieurs reprises qu'il a tué M. G... parce que celui-ci l'empoisonnait ; de plus, il se dit le maître dans la division et veut commander. Ordinairement assez calme, il devient de temps à autre facilement excitable, difficile, insolent. Il dort toujours mal, il continue à se laver avec son urine. Ayant été mis au bordeaux comme régime, il lui arrive de changer son vin avec celui des autres malades Dans un des interrogatoires qu'il subit, R... déclare entendre *des voix du plafond*, comme il les appelle. Il se dit encore le maître et se montre insolent. Il parle de sa mère que, cependant, paraît-il, il aime beaucoup, dans les termes les plus irrévérencieux.

A une visite de Mme R .. que les experts ont permise, et qui a lieu, comme il avait été convenu, en présence de l'un d'eux, R... accuse encore une illusion nouvelle : il prétend avoir trouvé à l'asile un de ses oncles ; c'est un malade qu'il prend pour son parent. A l'observation qui lui est faite qu'il est dans une erreur absolue, il abandonne assez facilement son dire sur lequel il revient cependant les jours suivants. La mère de R .. lui fait assez souvent parvenir diverses provisions de bouche ; parmi ces provisions, il en est auxquelles il ne veut pas toucher. Un jour, entre autres, il refuse absolument de manger du contenu d'une boîte de thon, dont il dit ne pas savoir la provenance. Enfin, R... est persuadé que l'ordonnance de non-lieu dont il aurait été l'objet est en effet rendue, et il écrit à sa mère

de venir le chercher. Nous noterons, en passant, qu'une des lettres écrites par R... à sa mère présentait un caractère spécial; elle était, à son entête, illustrée, si l'on veut nous permettre cette expression, de traits tracés en différents sens. Nous ne voudrions pas attacher à ce détail une importance trop considérable; mais il faut remarquer cependant que ces sortes d'illustrations ne sont pas rares dans les écrits des aliénés. Nous terminerons cette partie de notre travail en notant une dernière idée erronée qui se rencontre chez R...: celui-ci s'imagine qu'on va lui louer un des pavillons servant d'habitation aux fonctionnaires de l'asile. C'est à plusieurs reprises qu'il revient sur cette idée, qu'on ne parvient pas à lui ôter de l'esprit.

Voilà tracés à grands traits les faits que l'observation de R... et les renseignements que nous avons pu recueillir sur sa vie entière nous ont fournis. Ces faits nous allons présentement les discuter.

Discussion.

Ce qu'on ne peut s'empêcher de remarquer tout d'abord dans l'observation que nous venons de présenter, c'est le caractère de R..., ses excentricités, ses bizarreries, son peu de succès dans ses études, son esprit très ordinaire, et, à côté de cela, une aptitude spéciale pour une branche des arts mécaniques; ce qui frappe encore, c'est le désordre, et, si l'on veut bien nous passer l'expression, le décousu de sa vie, ses allures irrégulières, ses accointances, ses fréquentations misérables, des actes d'indélicatesse singulière, des faits absolument condamnables, en un mot, son manque absolu de dignité et de sens moral. Mais laissons ces faits qui n'auront toute leur valeur que quand nous aurons vu se dessiner peu à peu l'individualité morbide dont ils ne sont que la première expression, les germes, et, si je puis ainsi dire, les premiers linéaments, et arrivons aux

phénomènes plus nettement maladifs qui n'ont pas tardé à se montrer chez l'inculpé.

C'est après la perte de sa fortune, en 1871, que R... a ressenti les premières atteintes de la folie. A cette époque, il est pris de violents maux de tête qui lui font croire que ses idées s'écoulent de son crâne, comme une eau qui s'enfuit. Or, c'est là le début de nombre d'aliénations, et les expressions dont se sert R... pour rendre ses souffrances, nous les retrouvons dans la bouche de beaucoup de malades, en termes presque identiques, comme si elles étaient stéréotypées.

Outre ces sensations maladives éprouvées par R..., nous constatons encore chez lui des hallucinations et des illusions. De plus, il est triste, il s'isole, il ne dort pas. Cette tendance à s'isoler, cette tristesse profonde, ce manque de sommeil, ces douleurs de tête continues et si spéciales, ces troubles sensoriaux ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit d'un aliéniste : en 1871, R... était déjà aliéné.

A la suite d'un traitement hydrothérapique, il semble qu'il y ait dans la maladie de R... une période de rémission, ce qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les affections mentales ; mais la santé intellectuelle plus ou moins complète dont R... a pu jouir à cette époque ne se maintient pas. Vers 1875, reparaissent les illusions et les hallucinations, et avec elles, des idées de persécution. Aussi voyons-nous R... parler le langage des aliénés persécutés : on lui en veut, à lui et aux siens ; il est poursuivi par *une bande* qui emploie le *poison* pour en finir avec lui, et, chaque jour, le nombre des individus enrôlés dans la bande semble augmenter. Successivement, certains de ses parents, ses domestiques, son entourage, des étrangers font partie de cette bande ; il écrit ses soupçons ; il note les paroles qu'il entend ou croit entendre : traits caractéristiques des aliénés persécutés. R... est donc un véritable aliéné ; c'est un persécuté à idées d'empoisonnement avec hallucinations et illusions, et cet

état maladif persiste plusieurs années, ce dont il n'y a pas lieu de s'étonner, le délire de persécution étant un des plus tenaces et, presque toujours, primitivement chronique.

Arrive l'homicide de M. G... Une détention préventive et une comparution devant la justice en sont la suite pour R... Voyons ce que, dans ces conditions, il va advenir de son état mental.

Les idées d'empoisonnement dont il est obsédé se font jour dans les discours de R..., dès son arrivée à la prison : R... croit qu'on a jeté *des poudres* sur son lit, il s'imagine qu'on lui a donné du *pain empoisonné*.

Avant d'aller plus loin, j'appellerai l'attention sur ces poudres empoisonnées jetées sur le lit de R... C'est là, encore, en effet, une des expressions favorites des aliénés persécutés ; et il n'est pas un médecin d'asile qui n'ait eu l'occasion de constater maintes et maintes fois ce fait. Mais, bientôt, il survient chez R... un double phénomène : de l'incohérence dans les discours, incohérence qui se manifeste pour la première fois, lors d'une visite de sa mère à la prison; puis des idées délirantes nouvelles : R... est persuadé qu'il y a un grand personnage qui le protège, qu'il existe une société occulte dont M. Olivier est le chef et dont il voudrait faire partie; il croit, de plus, qu'une ordonnance de non-lieu a été rendue en sa faveur. Rien ne peut détruire chez lui ces conceptions erronées, ni les protestations de son avocat, ni les assurances de M. Olivier.

Comment faut-il interpréter cette incohérence et ces idées délirantes nouvelles ? Nous le dirons en peu de mots.

Les idées délirantes nouvelles manifestées par R..., ces idées de grand personnage, de société puissante et occulte, sont une des complications les plus ordinaires du délire de persécution, ou mieux elles sont le résultat presque nécessaire de l'évolution de ce délire. Pour ce qui est de l'incohérence que nous constatons dans les discours de R..., cette incohérence n'est autre chose que le début

d'un délire maniaque, forme délirante qui apparaît fréquemment dans les aliénations les plus variées. Et cela est si vrai, qu'après la comparution de R... devant la justice, nous verrons cette incohérence s'accuser davantage et s'accompagner d'une assez vive excitation à l'époque de son internement à l'asile de Bron.

Cependant R... comparaît devant le tribunal, et là, sans y être poussé en rien, contre tous ses intérêts, il déclare qu'il a tué M. G..., parce que depuis longtemps celui-ci l'empoisonnait. Que faut-il penser d'un pareil aveu? Est-ce l'expression de la vérité et R..., poussé par ses idées de persécution et d'empoisonnement, a-t-il voulu se débarrasser d'un de ses persécuteurs, comme il arrive trop souvent chez les aliénés? Est-ce une nouvelle conception délirante, née par suite de la détention qu'il a subie et dont on connaît assez l'effet funeste sur les sujets prédisposés à la folie ou déjà malades, ou, mieux encore, éclatant, si je puis me servir de cette expression, sous l'influence produite sur cet esprit lésé par l'émouvant appareil de la justice? La chose est assez difficile à décider, bien qu'il y ait lieu de penser que cette dernière opinion est la plus vraisemblable, R... n'ayant antérieurement jamais paru comprendre son beau-père dans le cercle de ses persécuteurs (1).

Mais cette question n'est, en somme, pour nous que d'une importance secondaire, puisque ce que nous avons surtout à constater, c'est l'état mental sain ou morbide du prévenu. Nous ne nous livrerons donc pas à une discussion plus longue sur le fait de l'homicide lui-même, et nous suivrons R... à l'asile de Bron où il a été interné par ordre de la justice.

R..., à son arrivée à l'asile, se montre, nous avons

(1) R..., il est vrai, pouvait dissimuler : le cas est fréquent chez les persécutés.

vu plus haut, excité, incohérent; il est le jouet d'illusions de la vue; ses actes sont irréguliers; il accuse des hallucinations de l'ouïe, tout en conservant sa conception délirante primitive : qu'il a été empoisonné. Cet état d'excitation chez R..., cette incohérence dans ses discours, ses actes irréguliers, bizarres, tous signes d'un délire maniaque, peuvent-ils faire penser à une simulation? La manie est, en effet, la forme mentale que les simulateurs choisissent de préférence. Mais est-ce le cas ici? Non assurément; car nous avons de cette excitation maniaque à laquelle R... est en proie une explication toute naturelle. Il est évident, pour nous, que c'est le triste événement qui est arrivé par son fait, son emprisonnement préventif, sa comparution devant la justice qui ont amené chez lui cet état maniaque, qui complique si souvent tous les délires. C'est un état aigu qui est venu s'enter sur une affection chronique, sans effacer, du reste, cette dernière; et cela est si vrai, qu'au bout d'un certain temps cet état d'excitation maniaque disparaît. Si R... avait simulé la manie, ne l'eût-il pas simulée toujours? C'est ce qui arrive aux simulateurs : ils ont choisi un type de délire et ils y persistent. Or cela n'est point arrivé pour R... Il est tombé après son accès dans un état marqué de prostration, ayant encore cependant,de temps à autre, une assez vive surexcitation; puis, cette surexcitation elle-même disparaît à peu près complètement et R... ne conserve plus que ses convictions délirantes primitives, auxquelles sont venues se joindre quelques idées ambitieuses, quelques illusions de formation nouvelle. Je noterai encore une fois que ces idées ambitieuses sont une conséquence fréquente, presque nécessaire, de l'évolution du délire par persécution : ce que R..., assurément, ne peut savoir.

Ainsi R... est un délirant par persécution avec hallucinations et illusions; et des idées ambitieuses et un délire maniaque aigu sont venus compliquer son affection primi-

tive. Cela nous suffit-il pour caractériser entièrement l'individualité maladive du prévenu? Non : cela nous montre la forme délirante dont il est atteint, mais ce n'est qu'en invoquant un autre ordre d'idées que nous pourrons ranger définitivement cet aliéné dans la classe à laquelle il appartient.

Il est une donnée qui, dans nombre de maladies, mais dans les aliénations principalement, a une importance considérable : je veux parler de l'hérédité. L'hérédité est une cause puissante de génération des maladies, mais surtout de la folie. Dans la folie, il y a même ce fait particulier que l'hérédité bien accusée imprime à l'affection un cachet spécial, qui devient une caractéristique tellement nette de la maladie qu'elle a pu servir à établir toute une classe de vésanies. Examinons donc l'état mental des membres de la famille R...

Nous trouvons tout d'abord :

1o Dans la famille R..., un cousin de M. R... père, mort fou à l'établissement des frères de Saint-Jean de Dieu en 1850.

2o Une cousine ayant fait une tentative de suicide.

3o Une autre cousine, habitant actuellement G..., qui se croit empoisonnée et poursuivie par une bande.

Je noterai encore ce fait que quatre enfants de Mme R... ont été atteints d'affections cérébrales: deux ont succombé à ces affections.

Il paraîtrait, enfin, que dans la famille de Mme R... il n'est pas rare de rencontrer une certaine exaltation dans le caractère.

Est-ce là tout? Non, car les sœurs et un frère de R... ont offert tous, à des degrés différents, des signes non équivoques d'aliénation mentale.

La sœur aînée de R..., Mme de M..., nous est donnée par M. le Dr C..., qui l'a connue et soignée, comme médecin, comme une personne très spirituelle, mais absolument

excentrique. Inégalités de caractère, singularités de toutes sortes, excentricités, violences même : voilà ce que l'on trouve tout d'abord dans la vie de Mme de M... Si nous pénétrons plus avant dans l'histoire médicale de la sœur aînée de R..., nous nous trouvons bientôt en face de faits positivement morbides, de véritables actes délirants. On la voit fermer sa porte pendant des mois entiers, puis elle reparaît tout à coup aussi aimable que jamais. Quand ces fantaisies de solitude la prenaient, on disait qu'elle avait *ses noirs*. A une certaine époque, Mme de M... se mit à refuser toute nourriture. On l'engage à manger, mais elle ne se rend pas aux raisons qu'on lui présente. Elle dit à M. le Dr C..., qu'on avait fait appeler, que l'histoire de la médecine doit certainement contenir des exemples d'individus ayant habitué leur corps à se passer pendant un temps plus ou moins long de toute nourriture ; elle invoque l'exemple des saints, à qui la pratique de la vie contemplative a permis de se passer de toute alimentation : « On arrive à tout, disait-elle à son entourage, par une volonté ferme. » On finit, cependant, par découvrir que cette prétendue abstinence était simulée. Mme de M... avait un petit chien pour lequel elle faisait monter tous les deux ou trois jours une quantité de viande beaucoup plus considérable que cette bête n'en pouvait manger, et elle en prenait sa part. Puis, viennent des aumônes absolument exagérées, eu égard au chiffre de ses revenus. Quand on lui faisait des observations : « Allez toujours, disait-elle, c'est une vraie ribotte que je fais. » Puis cette fantaisie passait. Atteinte de phthisie pulmonaire, Mme de M... allait toujours la poitrine découverte, et, comme son médecin la pressait de se vêtir : « Mais, docteur, disait-elle, je suis bien couverte ; voyez j'ai mon médaillon », et elle montrait un petit médaillon qu'elle portait à son cou.

Ces faits suffiraient déjà à faire pressentir à un médecin, habitué à l'examen des aliénés, qu'il est ici en présence

d'une variété maladive bien connue, la folie hystérique. Mais quand on apprend que, de temps à autre, Mme de M... était sujette à des crises nerveuses, pendant lesquelles elle tombait et se débattait dans de violentes convulsions, le moindre doute n'est plus permis.

Une autre sœur de R..., Mme de B... est encore actuellement en traitement dans une maison de santé. Ce qui prédomine dans les accidents éprouvés par Mme de B..., ce sont des hallucinations de l'ouïe. Elle entend des voix qui lui tiennent des discours érotiques; on lui fait toute espèce de propositions déshonnêtes. Ces voix partent de son lit, de son oreiller. Au début de la maladie, il y avait chez elle des idées d'empoisonnement parfaitement accusées, et une agitation maniaque des plus vives.

Qui n'a entendu raconter à Lyon l'histoire de ce frère aîné de R... qui, après avoir mené la vie la plus irrégulière, la plus excentrique, la plus misérablement méprisable, s'est vu condamner à six mois de prison et allait de nouveau être traduit devant la justice pour les actes les plus odieux, quand il s'est dérobé, et qui, finalement, a péri assassiné ou par un suicide? D'après ce qu'on raconte des actes de cet homme, qui ne reconnaîtrait en lui une individualité morbide des mieux caractérisées, un véritable aliéné héréditaire? Cela est si vrai que dans les caractères de l'aliéné héréditaire tracés, d'après notre illustre aliéniste Morel, dans le *Traité des maladies mentales* de Marcé, on croirait reconnaître l'histoire de R... aîné, telle qu'une triste tradition en a conservé le souvenir dans la ville de Lyon. Qu'on nous permette de citer ce passage et qu'on juge : « Ces sujets, dit Marcé, se font remarquer par un manque complet d'équilibre dans leurs fonctions intellectuelles; ils ont parfois des qualités brillantes, des aptitudes distinguées, des instincts bizarres et énergiques; mais ils manquent de direction et de suite dans les idées, se font remarquer par l'incohérence et l'irrégularité de leurs actes et offrent une

faiblesse de jugement qui indique de grandes lacunes dans leurs facultés; c'est, pour ainsi dire, un instrument auquel il manque un certain nombre de cordes. En général le sens moral leur fait complètement défaut; ils commettent le bien et le mal sans discernement, et lorsqu'on les interroge d'une manière pressante sur un méfait qu'ils ont commis, il reste évident qu'ils n'en ont pas compris ni la portée ni la valeur; ils dépensent sans prévision de l'avenir, ont de la tendance au vol, au mensonge, aux faux rapports, à la débauche effrénée. Quelque bien entourés qu'ils soient, ils aiment la société crapuleuse, pervertissent ceux qui les approchent, portent le désordre partout où ils habitent et deviennent de véritables fléaux : c'est même parmi eux que l'on rencontre ces instincts de férocité inouïe, de débauche sanglante dont l'histoire rapporte plus d'un exemple. »

N'est-ce pas là, retracé par une plume absolument impartiale, le caractère de R..., aîné? Et si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit plus haut de la jeunesse d'Alphonse R..., n'offre-t-il pas, lui aussi, bien des traits de ce portrait? La chose ne me paraît pas douteuse, et nous pouvons maintenant assigner à R... la place qui lui convient parmi les aliénés: c'est un aliéné héréditaire, et nous résumerons ainsi en finissant les traits les plus saillants de son individualité morbide.

Alphonse R... a offert, dès sa jeunesse, le caractère propre aux aliénés héréditaires. On trouve chez lui un manque absolu de direction dans la vie, des dépenses folles, des excentricités, des bizarreries de toute sorte, une absence complète de sens moral, une tendance aux fréquentations les plus misérables, de l'inaptitude au travail, et, avec cela, une disposition marquée pour certains des arts mécaniques. Après la perte de sa fortune, on voit naître chez lui un délire de persécution parfaitement caractérisé. Pendant une période de rémission, les idées de persécu-

tion s'affaiblissent ou disparaissent; puis, elles reviennent plus intenses; elles étaient dans toute leur acuité à l'époque de l'homicide de M. G... Après le séjour de R... à la prison et sa comparution devant la justice, apparaît chez lui une vive excitation maniaque, et quelques conceptions délirantes nouvelles, accompagnement fréquent des idées de persécution, se font jour dans son délire. L'excitation maniaque a persisté pendant une partie du séjour de R... à l'asile de Bron, puis elle a presque complètement disparu, laissant subsister les convictions erronées primitives d'empoisonnement et de persécution, quelques conceptions ambitieuses et des illusions.

Telle est, résumée en peu de mots, l'histoire pathologique d'Alphonse R...

Cela dit, nos conclusions se présentent d'elles-mêmes; ce seront les suivantes :

R... est un aliéné héréditaire à idées de persécution et d'empoisonnement, avec hallucinations, illusions et conceptions délirantes ambitieuses. Son délire est chronique et date de plusieurs années déjà.

Il est absolument irresponsable.

Il a eu, à la suite de sa détention et de sa comparution devant la justice, un accès d'excitation maniaque.

Il doit être considéré, eu égard à son genre de délire, comme un aliéné extrêmement dangereux, et pour très longtemps encore. En conséquence, il est de toute nécessité que R... soit interné dans un établissement spécial.

Asile de Bron, le 24 janvier 1879.

ARTHAUD, D. MOLLIÈRE, MAX SIMON, *rapporteur*.

En février 1879, l'affaire ayant été de nouveau appelée et les experts entendus, R..., déclaré irresponsable, fut mis par le tribunal à la disposition de l'administration pour être interné dans un asile.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 JANVIER 1881

Présidence de MM. Legrand du Saulle et Luys

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Installation du Bureau.

M. Legrand du Saulle, président sortant, prend la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, avant de céder le fauteuil au collègue éminent, appelé à présider cette année notre chère Société, veuillez me permettre de vous remercier encore du grand honneur que vous m'avez conféré. Grâce à votre extrême bienveillance, la tâche m'a été douce et facile. Pour pouvoir diriger vos discussions, je n'ai eu qu'à les écouter attentivement.

En 1880, notre petit parlement scientifique a été des plus animés. La prétendue irresponsabilité des alcooliques, la physiologie pathologique des hallucinations, le système du *no-restraint*, l'examen des urines chez les épileptiques et le mode d'évolution du délire des persécutions, ont été les principales questions soumises à vos délibérations. Des controverses se sont produites çà et là, et nous ne pouvons que nous en applaudir; car la controverse imprime le mouvement à toute société médicale, stimule les recherches, élève le niveau des discussions et alimente en quelque sorte tous les grands foyers de la vie scientifique. Honneur à ceux de nos collègues qui sont entrés en lice. Nos procès-verbaux perpétueront le souvenir de leurs argumentations si remarquables et de leurs luttes si courtoises.

La séance solennelle d'avril a été très dignement remplie. Vous avez tous présent à l'esprit l'*Eloge de Trélat,* par notre zélé et savant secrétaire général, M. Motet. La plume si littéraire et si académique de M. Motet a pu faire vaillamment allusion aux principaux événements politiques qui se sont accomplis depuis un demi-siècle, sans froisser les

convictions, les tendances ou les amitiés de qui que ce soit. N'ayant à prendre de parti qu'en faveur de la vérité, le biographe a écrit une page d'histoire, et, en coloriste d'un goût exquis, il l'a ornée des peintures les plus saisissantes. M. Motet s'est fait peintre. Son tableau restera.

Il y a eu dans Trélat deux hommes tout à fait différents : le citoyen convaincu et ardent, et le vertueux médecin d'hôpital. Si j'avais eu à remplir la même tâche que M. Motet, je me serais attaché de préférence à vous esquisser les traits professionnels du médecin dévoué et compatissant ; de l'auteur des *Recherches historiques sur la folie*, des *Causes de la folie* et de l'ouvrage sur *La folie lucide* ; du praticien-résidant de la Salpêtrière, prêt à toute heure, pendant trente-cinq ans, à voler au secours des malades ; de cet homme de bien enfin, qui, selon l'expression émue et vraie de Michel Moëring, « aurait dû avoir le droit de mourir à la Salpêtrière. » Du premier jusqu'au dernier mot de mon discours, je crois que je vous aurais entretenu des qualités médicales de Trélat et des souvenirs impérissables qu'il a laissés dans cette grande maison — pour ne pas dire dans cette petite ville — qu'il a si longtemps habitée, au milieu de cinq ou six mille infirmes ou malades. La Société psychologique aurait perdu au change. Elle a heureusement entendu l'œuvre magistrale de M. Motet.

Dans l'année qui vient de s'écouler, un grand mouvement scientifique s'est manifestement dirigé du côté de l'étude de la pathologie de l'intelligence. Quatre cours publics à la Salpêtrière, dont trois sur les maladies mentales et un sur certains états névropathiques, et deux cours publics à l'asile Sainte-Anne, ont attiré et intéressé un grand nombre d'auditeurs. Et, d'autre part, les *Archives de neurologie* ont à peine fait leur apparition que déjà l'on annonce la publication d'un recueil trimestriel et peut-être aussi celle d'un journal mensuel. La Société ne peut évidemment qu'encourager de plus en plus tous les modes de vulgarisation de nos connaissances spéciales.

En vertu d'une disposition ministérielle très libérale, un concours sur titres a été institué pour une place d'inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur et des cultes, réservée aux docteurs en médecine. Trois compétiteurs ont brigué les suffrages des membres du jury. L'un d'eux, M. Achille Foville, s'imposait par ses travaux

scientifiques, ses aptitudes incontestées et ses services antérieurs. Que notre honorable collègue reçoive ici toutes nos félicitations. Il a réussi comme clinicien et comme manigraphe; il réussira comme administrateur.

Un concours sur épreuves a fait arriver MM. Charpentier et Deny, anciens internes des hôpitaux de Paris, aux fonctions de médecins-adjoints des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, et un autre concours a mis M. Régis, interne à l'asile Sainte-Anne, lauréat de notre Société, en possession de la place de chef de clinique de M. Ball. Nous adressons nos meilleurs compliments aux nouveaux élus.

Deux concours ont été nécessaires pour le recrutement des internes des asiles d'aliénés de la Seine. Les jurys ont eu la satisfaction de désigner des élèves très instruits et probablement pleins d'avenir.

L'un des nôtres, l'honorable M. Billod, directeur-médecin en chef de l'asile de Vaucluse, qui a fourni la carrière aliéniste que vous savez, a désiré se reposer. S'il est perdu pour les malades, il ne l'est point pour la science, et nous ne pouvons que former des vœux ardents pour qu'un lien très recherché le rattache bientôt de loin à l'Académie de médecine.

Un autre de nos collègues, M. Doutrebente, a été appelé à la direction médicale et administrative de l'asile de Blois. Nous sommes en droit d'espérer qu'il nous donnera scientifiquement de ses nouvelles.

La Société a eu la douleur de perdre trois de ses membres : Belhomme, Peisse et Pouzin. Bien que parvenus tous trois à un âge très avancé, nos collègues ont laissé ici de grands vides et nous avons bien sincèrement déploré leur perte. Laissez-moi vous rappeler encore que nous avons également perdu l'un de nos plus zélés correspondants, M. Belloc, d'Alençon, et deux de nos membres associés étrangers : M Palmerini, médecin en chef de l'asile des aliénés de Sienne, et M. Münoz, ancien directeur-médecin de l'asile de Cuba. Que ces savants jouissent paisiblement du repos de la tombe. En votre nom, je leur adresse un dernier et confraternel adieu.

La Société, d'autre part, a nommé membre honoraire, M. Fournet ; membres titulaires, MM. Bourneville, Guignard et Lolliot ; membres correspondants, MM. Fabre de Parrel, Biaute, Armaingaud, Lagardelle et Giraud père; membres

associés étrangers, M. Mortimer Granville, de Londres, et M. Gray, de New-York. J'ai été particulièrement heureux de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues et je ne peux que les féliciter de s'être si étroitement unis à nous.

Les succès et les distinctions n'ont point manqué à quelques membres de la Société. Ainsi, M. A. Voisin a remporté à l'Académie des sciences un prix Montyon, de la valeur de 2,500 fr.; MM. Maximin Legrand et Benjamin Ball ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur; M. Charles Loiseau a reçu les palmes d'Officier de l'instruction publique, et M. Delasiauve celles d'Officier d'Académie. Tout ce qui honore l'un de nos collègues nous honore également.

En voyant récemment deux des nôtres reprendre leur siège dans les conseils de la ville et du département, nous avons éprouvé une vive satisfaction. Vous savez, en effet, avec quelle sollicitude MM. Charles Loiseau et Bourneville veillent sur nos établissements spéciaux et sur nos chers malades. Nos dévoués confrères ne ralentiront certainement pas leur zèle si secourable et nous pouvons attendre de leur initiative éclairée toute une série nouvelle d'améliorations et d'innovations. Je les remercie publiquement pour tout ce qu'ils ont déjà obtenu et pour tout ce qu'ils ont le désir de faire encore.

Un jour ou l'autre, la Société médico-psychologique donnera au monde un exemple sans précédent : elle offrira à la ville de Paris et déposera sur l'une de ses places un groupe monumental en bronze d'une valeur très considérable, représentant Philippe Pinel brisant les fers des aliénés. J'avais toujours rêvé cette glorification perpétuelle de l'illustre médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, et c'est avec une véritable émotion que j'ai vu la Société prendre, il y a deux ans, sur les conclusions favorables de mon rapport, une décision qui l'honorera à jamais. L'exécution de cette décision a été entravée par les incidents les plus multipliés et les plus imprévus. Le comité, de guerre lasse, m'a confié ses pleins pouvoirs. Bien que l'œuvre s'achève à cette heure dans les ateliers du fondeur, je suis loin d'en avoir fini avec les difficultés et les embarras; mais je n'ai jamais renoncé jusqu'à présent à ce que j'ai entrepris. Je poursuivrai donc ma tâche.

La souscription publique s'élève aujourd'hui à 14,241 fr.

Cette somme est absolument insuffisante, mais vingt membres titulaires de la Société n'ont point encore fait acte d'adhésion, et nos collègues des départements, à quelques rares exceptions près, n'ont point pris part à notre grande manifestation. Quant à nos collègues de l'étranger, ils se sont abstenus. Je vous signale cette tiédeur si inattendue de la part de la famille aliéniste, et je forme les vœux les plus ardents pour qu'elle cesse dans le plus bref délai.

Nous devons tout à Philippe Pinel. Sans lui, que seraient devenus les malheureux malades et que serions-nous nous-mêmes? Qui donc osera refuser une pièce d'or pour lui acheter du bronze?

J'ai l'honneur, messieurs, d'adresser tous mes remerciements aux membres du bureau, qui m'ont si utilement secondé, et je prie M. Luys de vouloir bien me remplacer, comme président.

M. Luys, président élu, prend alors place au fauteuil et prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Lorsque vous m'avez appelé à l'honneur de présider vos réunions, vous m'avez donné une preuve d'estime dont je suis justement fier et que je considère comme une des grandes satisfactions de ma vie.

Permettez-moi, maintenant que je prends possession du fauteuil du président, et que j'entre dans la période active de mes fonctions, de vous exprimer toute ma gratitude pour l'honneur insigne dont vous m'avez comblé.

Les devoirs que vous m'avez imposés, je tâcherai de les remplir le mieux que je pourrai. — Je n'aurai du reste qu'à suivre l'exemple de ceux qui m'ont précédé, en m'efforçant de les imiter dans leur exactitude, leur zèle, leur dévouement aux intérêts généraux de notre Société.

Les difficultés de la route, s'il en surgissait, seraient bien vite aplanies, je n'en doute pas, par cet esprit de bienveillance et de sympathie réciproque qui est de tradition dans notre Société, et qui nous réunit en une seule communauté d'idées et de sentiments, comme si nous étions tous les membres d'une seule et même famille médicale.

Messieurs, je ne saurais mieux faire, en vous faisant l'exposé de mes sentiments, que de vous proposer de voter des remerciements cordiaux à notre président d'hier, qui

a dirigé nos séances avec un zèle si soutenu et qui a pris si bien à cœur toutes les questions complexes, administratives et artistiques, qui touchent à l'érection de la statue de Pinel. Permettez-moi de le remercier en votre nom, de ses efforts incessants pour arriver au but, ainsi que de sa persévérance infatigable.

Permettez-moi d'associer dans le même vote les autres membres du bureau, nos secrétaires annuels pour la façon consciencieuse et correcte dont ils ont su faire le compte rendu de nos séances, ainsi que notre aimé et sympathique secrétaire général dont vous avez pu, une fois de plus, admirer l'an dernier le talent d'écrivain, alors que d'une voix émue et en style véritablement académique, il a fait revivre devant nous la personnalité si vivante et si originale de notre vénéré maître Trélat.

Messieurs, en terminant, permettez-moi de formuler un vœu et une espérance au sujet de l'avenir scientifique de notre chère Société.

Au milieu des transformations incessantes dont la science médicale est l'objet à notre époque, l'étude des maladies mentales, dans ce pays de France qui lui a, en quelque sorte, donné naissance, — sous peine de déchéance, est destinée à entrer peu à peu dans le centre d'attraction commun aux investigations contemporaines et, en s'assimilant les idées nouvelles, à se transformer à son tour.

A mesure, en effet, que les moyens d'études du système nerveux se sont de plus en plus perfectionnés, à mesure qu'une physiologie de plus en plus pénétrante s'est manifestée dans l'étude de l'activité cérébrale, des appétitions nouvelles ont surgi dans l'esprit des travailleurs vers un idéal scientifique plus net et plus précis. — On cherche de plus en plus à serrer de près ces éternelles inconnues des rapports du physique et du moral, qui nous intéressent à chaque pas que nous faisons dans l'étude clinique. — On renonce à faire ces descriptions purement symptomatologiques qui ont fait la gloire de nos devanciers, et qui semblent être faites en dehors de l'organisme; — et on tente de plus en plus à rattacher tous les troubles psychopathiques, et les types si variés qu'elles présentent, à des données connues, à des états divers du substratum organique aux dépens duquel ils se manifestent.

Plus nous irons dans cette voie qui est celle du progrès véritable et celle de la pathologie interne qui depuis longtemps nous y a précédés, plus nous aurons à reconnaître les rapports intimes qui existent entre l'étude anatomique des centres nerveux et les diverses perturbations mentales auxquelles ils donnent naissance, et plus nous arriverons ainsi à retrouver dans les expressions nosologiques les plus complexes, la trace des déviations des opérations normales de l'organisme.

C'est dans cet ordre d'idées, messieurs, si nous ne voulons pas rester en arrière de ce qui se fait à l'étranger dans le domaine de la psychopathie, qu'il nous convient d'entrer résolument. Et tout en rendant pleine et bonne justice aux efforts de nos devanciers, qui ont jeté une lumière si éclatante dans notre domaine, par la découverte de la paralysie générale avec toutes ses modalités, sachons ne pas rester stationnaires, et marquer encore un pas en avant.

La Société médico-psychologique compte parmi ses membres un nouvel essaim de travailleurs, jeunes et actifs, qui ont puisé dans les luttes récentes du concours la consécration de leur valeur et le goût du travail. C'est à eux, comme président, que je fais appel en ce moment; c'est leur activité que je sollicite sous la forme de communications diverses, de mémoires originaux, de pièces anatomiques, et j'espère que mes vœux ne seront pas perdus pour l'avancement de la science, et l'honneur de notre Société.

M. le président invite M. Dally, vice-président, à prendre place au bureau.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dumesnil sollicitant le titre de membre honoraire.

A l'unanimité des membres présents, M. Dumesnil est nommé membre honoraire de la Société.

2° Une lettre de M. Aug. Voisin s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3° Lettre de M. Giraud, remerciant la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en lui conférant le titre de membre correspondant.

4° Lettre de M. Gray qui remercie la Société du titre de membre associé étranger qui lui a été conféré.

La correspondance imprimée comprend :

1° La chronique du manicôme de Sienne, n° de novembre-décembre 1880.

2° Les numéros 43 et 44 de *La Razon de la sin razon* du D. Pujadas.

3° *Bolletino del privato manicomio Fleurent.*

4° *Etudes d'anthropologie*; par M. Morselli.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL félicite M. Legrand de Saulle, à l'occasion de sa promotion au grade d'Officier de la Légion d'honneur.

Prix Aubanel.

Deux mémoires ont été envoyés pour le prix Aubanel :

Le premier intitulé : *Du rôle du grand sympathique dans la pathogénie des illusions et des hallucinations*, porte l'épigraphe suivante : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.*

Le second porte pour titre : *Nouvelles études cliniques sur le délire des grandeurs. Alcoolisme expansif*, et a pour épigraphe : *Omnis scientia in observatione.* (Ce mémoire n'est pas accompagné du pli cacheté réglementaire.)

La commission du prix Aubanel est composée de MM. Billod, Dally, Foville, Dagonet et Christian.

Prix Esquirol.

Un seul mémoire a été envoyé, il a pour titre : *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes), considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Il porte comme épigraphe : *Consuetudine oculorum assuescunt animi, neque admirantur, neque requirunt rationes earum rerum quas semper vidunt.*

La commission du prix Esquirol est composée de MM. Baillarger, Mitivier, Lunier, Falret et Jules Voisin.

Obsèques de M. Pouzin.

M. MOTET. — Messieurs, notre compagnie a perdu il y a quelques jours l'un de ses membres, M. le Dr Pouzin. J'ai eu le regret d'être prévenu trop tard pour réunir le bureau de la Société médico-psychologique, mais il était

de mon devoir de porter à la famille de notre regretté collègue le témoignage de nos vives sympathies.

M. Pouzin avait voulu quitter ce monde simplement, modestement; il avait dit à ses fils comment il entendait qu'on lui rendît les derniers devoirs. Pas d'honneurs militaires auxquels il avait droit, pas de discours sur sa tombe. Il lui suffisait d'avoir pour dernière escorte les amis, et ils vinrent en grand nombre, qui lui avaient été fidèles. La Société médico-psychologique avait été désignée à l'avance par lui, et le nom de votre Secrétaire général résumait toutes ces amitiés anciennes, tous les souvenirs des travaux de la période active de la vie.

J'ai pensé, messieurs, qu'il convenait de rappeler aujourd'hui le passé de Pouzin, de lui rendre ici un dernier hommage.

Né à Nantes, le 3 décembre 1803, Pouzin fit toutes ses études dans cette ville: il ne vint à Paris qu'en 1828, pour y étudier la médecine. En 1832, il passa sa thèse de doctorat.

Depuis deux ans déjà, il s'occupait des maladies mentales, il était attaché comme médecin résidant à la maison de santé Reboul-Richebracques, rue de Picpus. L'année suivante, il reçut du gouvernement une mission, et partit pour l'Algérie, comme médecin civil, chargé d'organiser une ambulance franco-arabe à Bouffarick.

Plein de zèle, comprenant admirablement l'importance de sa mission, il rendit d'immenses services, et reçut comme récompense, moins de deux ans après son arrivée en Algérie, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Voici, messieurs, dans quels termes le général d'Erlon, alors gouverneur de l'Algérie, rendait compte de la vie et des travaux de Pouzin:

« Le Dr Pouzin créa dans la Mitidja l'hôpital pour les Arabes. Il y a rendu et doit y rendre encore d'immenses services, en dissipant la fanatisme et les préjugés, en faisant germer l'esprit de civilisation dans ces contrées. Pendant les trois premiers mois, près de 1,900 malades, hommes, femmes, enfants, sont venus de l'Atlas et de toutes les tribus, ont été reçus à cet hôpital et traités avec succès.

» C'est aussi au Dr Pouzin qu'Alger doit la création d'une salle destinée à la vaccination gratuite, et où beaucoup d'indigènes envoient leurs enfants.

» Pour parcourir les tribus et établir avec leurs chefs des relations amicales, le Dr Pouzin s'est toujours exposé de sa personne. Je lui rends ici le témoignage qui lui est dû.

» A l'attaque du 16 mars dernier (1835) dirigée par les hadijouts, le Dr Pouzin se rendant à la consultation gratuite qu'il avait établie à Bouffarick fut cerné par l'ennemi, ainsi que quatre autres Français. Echappé seul aux mains des Arabes, il parvint jusqu'au camp d'Ibrahim où il donna la première alerte, puis il ne craignit pas, malgré les dangers qui le menaçaient, de traverser de nouveau les lignes ennemies, voulant arriver jusqu'au camp de Douera qui, prévenu à temps, pouvait seul couper la retraite des Arabes. »

Il avait ce courage calme qui fait les héros, et cette modestie rare qui fait qu'on s'oublie soi-même pour ne songer qu'au devoir vis-à-vis de ses semblables.

A son retour d'Afrique, vers la fin de 1835, il rentra dans la maison de santé Reboul, et depuis cette époque, il s'occupa exclusivement des aliénés. C'est en 1857 qu'il devint membre de notre Société. Vous vous souvenez, messieurs, combien son commerce était agréable, combien était grande sa bienveillance. Il prenait part à vos discussion pour y apporter surtout des faits de son observation personnelle; on l'écoutait à cause de son expérience, à cause de son honnêteté scientifique; tous ici se plaisaient à lui reconnaître ces qualités du caractère et du cœur qui justifient et entretiennent les sympathies durables.

Il y a quelques mois à peine, se sentant moins actif, il nous exprimait le regret de ne plus venir prendre sa place au milieu de nous : il voulait donner sa démission. Vous ne l'avez pas acceptée, messieurs, vous n'avez pas voulu que des liens serrés depuis longtemps fussent brisés tout à coup, et d'un accord unanime vous avez nommé Pouzin membre honoraire. Il avait été très touché de cette manifestation qui lui était si bien due; elle aura été l'une des dernières satisfactions de sa vie médicale.

Messieurs, j'ai devancé l'expression de sentiments qui m'étaient connus à l'avance. J'ai adressé à la famille de Pouzin nos regrets; en vous parlant de lui, aujourd'hui, j'ai voulu honorer sa mémoire, et saluer une dernière fois un homme de bien, dont nous conserverons pieusement le souvenir.

Rapport de la commission des finances.

M. DAGRON. — Messieurs, la commission des finances que vous avez désignée pour la vérification des comptes de votre trésorier, composée de MM. Delasiauve, Jules Falret et Dagron, vient par l'organe de son rapporteur vous rendre compte de la mission dont vous l'avez chargée.

M. Voisin, votre trésorier, tenant une comptabilité distincte des deux caisses qui lui sont confiées, voici quel était, au 31 octobre 1880, l'état de ces caisses:

CAISSE DU LEGS AUBANEL.

Fonds disponibles au 31 décembre 1879 .	2394 fr. 45
Arrérages touchés en 1880.	800
Total. . . .	3194 fr. 45

Aucune dépense n'ayant été prélevée, en 1880, sur cette caisse, son actif au 31 décembre de la même année a été arrêté à 3194 fr. 45 représentés par :

Rente amortissable.	1125 fr. 75
Argent monnayé.	2068 70
Total. . . .	3194 fr. 45

CAISSE DE LA SOCIÉTÉ.

Avoir

Reliquat au 31 décembre 1879.	4602 fr. 45
Recettes de 1880 provenant de cotisations et autres	1330 75
Total. . . .	5333 fr. 20

Passif

Dépenses de 1880. — Frais de loyer, d'abonnement aux *Annales*, du sécrétariat général et de remboursement des jetons de présence	1038 fr. 60
D'où au 31 décembre un reliquat de	4894 60
Représentés par rentes 3 p. 100.	4128 80
Argent.	765 80
Total. . . .	4894 fr. 60

Ces chiffres reconnus exacts par votre commission, elle vous propose d'en donner acte à M. Voisin et de lui voter

des remerciements pour le zèle qu'il apporte dans sa gestion.

Permettez-nous, en terminant, d'appeler votre attention sur la caisse spéciale de la Société. Ses recettes ont suffi jusqu'ici à couvrir les dépenses ; mais cet excédent ne tenant qu'à ce que beaucoup de membres s'abstiennent d'assister régulièrement à nos séances, qu'adviendra-t-il s'ils venaient tous y prendre place ?

N'y aurait-il pas de lieu prévoir cette éventualité et de décider que, pour parer au déficit qu'elle apporterait dans vos finances, les jetons de présence des deux séances supplémentaires par exemple ne donneront plus lieu à remboursement ?

. . . .

Le rapport de la commission des finances est adopté et des remerciements sont votés à M. Voisin. Quant à la proposition de M. le trésorier de supprimer le remboursement des jetons de présence des séances supplémentaires de novembre et de décembre, elle est renvoyée au conseil de famille.

. . . .

Accès de somnambulisme spontané et provoqué.

. . . .

M. Motet. — Dans son audience du 26 janvier 1881, la Chambre des appels de police correctionnelle a infirmé un jugement du tribunal de première instance condamnant à trois mois de prison, sous la prévention d'outrage public à la pudeur, le nommé D... (Émile).

Cet homme avait été arrêté le 18 octobre 1880, à huit heures et demie du soir, par des agents du service des mœurs, en surveillance aux environs d'un urinoir public, rue Sainte-Cécile.

Ces agents affirmaient avoir vu beaucoup de choses et avoir constaté que D... était resté plus d'une demi-heure dans l'urinoir. Ils prétendaient même que D... avait provoqué l'un d'eux ; dans tous les cas, ils ne pouvaient dire que la provocation se fût adressée à aucune autre personne.

D..., brusquement entraîné par eux, protesta en vain de son innocence. On le conduisit au poste de police, de là au dépôt. Dans les trois jours, il fut jugé, condamné, envoyé à la prison de la Santé. Il y arriva malade et fut placé à l'infirmerie.

Il y eut ceci de particulier que D... resta dans un état de demi-hébétude depuis son arrestation jusqu'à son arrivée à la prison de la Santé. Il ne se souvient pas d'avoir été jugé. Deux gardes de Paris l'ont pris sous les bras, l'ont presque enlevé du banc de la chambre de police correctionnelle ; c'est dans la salle d'attente des prévenus qu'il sortit de son état de stupeur, et qu'il apprit qu'on venait de le condamner à trois mois de prison. — Il n'avait prévenu personne, il n'était assisté de personne ; et, pendant que ces faits se succédaient, son patron, l'un de ses ouvriers, et le cousin de D... le recherchaient de tous côtés. On le savait très souffrant ; le jour de sa disparition il avait eu d'abondantes hémoptysies, il était sorti pour aller chez son médecin, qu'était-il devenu ? On le chercha à la Morgue, on alla à l'Assistance publique, on ne retrouva nulle part sa trace ; ce fut seulement cinq jours après qu'il écrivit à son patron.

Or D... était entré au mois d'avril 1879 dans le service de M. le Dr Mesnet, à l'hopital Saint-Antoine ; il y avait passé près de six mois. Il ne se doutait pas de son état; ce dont il se plaignait surtout, c'était de perdre beaucoup de sang par une tumeur fongueuse située au-dessous et en dehors du mamelon gauche. On s'aperçut bientôt qu'il avait des accès de somnambulisme nocturne. M. le Dr Mesnet, relevant chez ce malade la prédominance du tempérament nerveux, des exagérations féminines, lui trouvant de nombreux points anesthésiques, pensa qu'il serait possible de substituer aux accès de somnambulisme spontané des accès de somnambulisme provoqué, et ses prévisions furent justifiées. C'est dans ces conditions que nous avons pu l'observer à l'hôpital Saint-Antoine, qu'un grand nombre de médecins et d'élèves assistèrent à des faits du plus haut intérêt, qui, pour être extraordinaires, n'en étaient pas plus imprévus pour cela, et ne différaient pas après tout de ce qui, aujourd'hui, a été maintes fois constaté par les médecins qui s'occupent plus particulièrement des affections nerveuses.

Dès que l'arrestation de D... nous fut connue, nous considérâmes comme un devoir de lui venir en aide. Ce que nous savions du passé pathologique de D... nous commandait d'intervenir; appel fut interjeté ; une expertise fut ordonnée, et M. le président de la chambre des appels de

police correctionnelle nous fit l'honneur de nous la confier.

Voici le rapport médico-légal que nous avons déposé le 5 janvier 1881 :

Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, commis le 24 novembre 1880 par un arrêt de la Cour d'appel, chambre des appels de police correctionnelle, à l'effet de constater l'état mental du nommé D... (Pierre-Louis-Émile), prévenu d'outrage public à la pudeur, après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces du dossier, recueilli tous les renseignements de nature à nous éclairer et visité D... à plusieurs reprises, avons en notre honneur et conscience rédigé le rapport suivant :

Les antécédents pathologiques de D... nous sont depuis longtemps connus : nous avons pu suivre cet homme dans le service de M. le Dr Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine. Là, soumis à une observation d'autant plus attentive que la curiosité scientifique était plus vivement excitée, D... a pu être étudié à loisir par le chef de service, par les élèves et par un grand nombre de médecins. Les troubles nerveux et intellectuels qu'il a présentés pendant plusieurs mois, ont été notés jour par jour, et ces notes, mises à notre disposition, nous permettent de donner à la Cour des éléments sûrs pour l'appréciation de la responsabilité du prévenu.

L'outrage public à la pudeur qu'on reproche à D... pourrait bien n'être qu'un épisode dans une série de troubles complexes ; se réduire, en dernière analyse, à l'un de ces actes automatiques si communs dans ce que l'on est convenu d'appeler « *l'état de condition seconde* », état que nous avons vu survenir maintes fois chez D... soit spontané, soit provoqué.

D... est un jeune homme de 28 ans, assez bien constitué, avec une prédominance marquée du tempérament nerveux; intelligent, mais d'une susceptibilité émotive extrême; s'il a toutes les apparences extérieures de la virilité, il n'a rien de viril dans le caractère : le féminisme domine chez lui. Il est timide, il a la voix douce, le regard souvent langoureux ; ses allures sont suspectes, et nous ne sommes pas surpris qu'on ait soupçonné chez lui des habitudes de pédérastie, il a les manières des hommes qui les présentent, mais il n'en porte aucune trace.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital Saint-Antoine il n'a jamais donné lieu de suspecter sa moralité. L'attention éveillée de ce côté n'a pas même permis de constater des habitudes de masturbation. Pourtant, de l'aveu même de D..., elles ont existé dans sa première jeunesse; depuis, il s'est livré avec excès au coït. Ces excès ne semblent pas étrangers aux accidents nerveux dont il est atteint.

Les antécédents de famille de D... sont peu importants à relever. Sa mère et l'une de ses sœurs sont des femmes nerveuses, hystériques; son père est un homme d'un caractère vif, emporté; mais on ne trouve chez ses ascendants ni troubles cérébraux, ni maladies nerveuses à forme convulsive. Sa première enfance a été indemne de maladies graves; le premier fait pathologique qui ait appelé l'attention date du mois d'août 1877.

D.. au service militaire, comme infirmier, en garnison à Lyon (1873), était resté environ dix-huit mois dans cette ville. Il fut envoyé de là à l'hôpital militaire de Vichy. Sa santé était excellente alors; il était vigoureux, avait de l'embonpoint; son poids était de 80 kilogrammes. A Vichy, il trouva de nombreuses et faciles occasions de plaisirs; il abusa et sa santé s'altéra.

Le 15 août 1877, il était à la campagne avec des camarades et des femmes. Au milieu du dîner, en dehors de toute intervention d'excitants alcooliques, il fut pris d'un frisson suivi d'un très grand malaise. Il s'affaissa, perdit connaissance, on le crut mort. Il revint lentement à lui. Le premier sens qui se réveilla fut le sens de l'ouïe; il entendait ce qu'on disait autour de lui. Immobile, dans l'impossibilité absolue d'articuler une parole, il entendit le médecin principal de l'hôpital militaire prononcer les mots « d'attaque d'épilepsie. » Il voulait protester, il ne le pouvait pas. Le même jour il eut trois crises semblables; transporté à l'hôpital, il y resta six semaines, ayant d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, des accès de même nature; peu à peu ils s'éloignèrent, et quand on le trouva mieux, on lui accorda un congé qu'il passa dans sa famille.

Il quitta définitivement le service militaire au mois de novembre 1877, vécut presque une année à la campagne, chez ses parents. L'ennui le prit, il vint à Paris vers la fin de 1878 et entra à la Compagnie du chemin de fer de

Lyon. Il fut envoyé comptable à Villeneuve-Saint-Georges. Bon employé, très aimé de ses camarades, il paraissait heureux de sa situation, désireux de la conserver. Un jour il vint passer une après-midi à Paris ; le soir, il allait rentrer à son poste quand, sur la place de la Bastille, il fut pris brusquement de l'une de ses attaques. Ses camarades le transportèrent dans un hôtel, rue de la Cerisaie, pensant qu'un peu de repos suffirait pour le remettre. Il reste là vingt jours, ses ressources s'épuisaient ; le médecin qui le visitait lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital Saint-Antoine, il fut admis au mois d'avril 1879 dans le service de M. le Dr Mesnet.

Nous avons insisté sur ces préléminaires. Il nous semblait nécessaire d'établir nettement que D... était depuis longtemps déjà malade, au moment de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine. Les troubles qu'il y a présentés étaient d'une nature peu commune. Des observateurs peu expérimentés les avaient méconnus ; il s'en trouva d'autres qui, désorientés, se réfugièrent dans une incrédulité plus systématique que scientifique. Pour ceux, au contraire, qui plus habitués aux troubles nerveux, trouvaient en D... un sujet d'intéressantes études, il n'y eut bientôt plus qu'une névrose complexe, et il fut possible de reproduire, à volonté, des phénomènes que, dans des cas analogues, ont observés d'autres expérimentateurs.

Nous ne saurions entrer dans tous les détails consignés dans l'observation complète de D... (1) ; nous résumerons brièvement les faits principaux, nous bornant à mettre en relief les grands traits de la maladie.

D... est atteint, sans périodicité régulière, d'accès de somnambulisme, pendant lesquels il devient apte à subir l'influence d'une volonté autre que la sienne, à obéir, sans résistance possible, à des ordres, et à reproduire, sans en avoir conscience, sans en conserver le souvenir, d'une manière tout automatique, des actes répondant, soit à ses idées pendant la veille, soit aux idées qui lui sont suggérées. Ces accès ont été tout d'abord exclusivement spontanés ; depuis, ils ont pu être facilement provoqués. Les uns et les autres sont de la même nature ; ils sont, de tous points, analogues aux mêmes phénomènes se produisant chez les

(1) M. le dr Mesnet se propose de publier l'observation de D...

femmes hystériques à un haut degré. Ils se compliquent d'extase, de catalepsie ; pendant toute leur durée, l'anesthésie est complète.

Les accès spontanés ont cela de particulier, que D... peut, tout en ayant cessé de s'appartenir, suivre sur une idée qui a occupé son esprit pendant la veille. C'est ainsi qu'une nuit, il a pu s'évader de l'hôpital, et arriver sur les boulevards. Des sergents de ville l'ont arrêté et ramené à l'hôpital. Or, on savait qu'il s'ennuyait beaucoup ; il avait, à plusieurs reprises, manifesté son désir de sortir, et, avant son évasion, il avait écrit une lettre dans laquelle il remerciait le médecin en chef de ses soins, et demandait son exeat. Dans les accès provoqués, on lui fit écrire la même lettre, dans les mêmes termes ; on put reproduire, à volonté, les scènes de la période de somnambulisme spontané.

Rien n'est plus facile que de faire passer D... de l'état normal, ou condition première, à l'état pathologique ou condition seconde. Il n'est pas besoin, pour cela, de recourir aux manœuvres qui amènent l'hypnotisme, et lorsqu'il est dans cet état, on le dépossède absolument de sa volonté. Tout ce que nous avons vu, chez lui, dans cette voie, est conforme à ce que l'on peut obtenir des malades atteints des mêmes troubles nerveux. Nous n'essayerons pas d'en présenter une explication ; jusqu'à présent elle échappe. On doit se borner à enregistrer de pareils faits, et attendre d'une observation patiente, peut-être d'un hasard heureux, une interprétation scientifique qui n'a pas encore été trouvée.

Mais de semblables états, surtout chez l'homme, ne se développent pas sans avoir été préparés, sans être entretenus par des conditions particulières, telles que par exemple, des troubles de la santé générale. Quand D... entra à l'hôpital Saint-Antoine, il était malade, anémique. Cet homme est sujet à d'abondantes pertes de sang, par deux voies différentes. Il porte, à gauche, en dehors et au-dessous du mamelon, une tumeur pédiculée, véritable champignon à surface bourgeonnante, et qui saigne avec la plus grande facilité (mæléna). Il est, de plus, sujet à des hémoptysies qui se suspendent pendant des mois, et reparaissent tout à coup, avec une telle abondance, qu'elles sont suivies de syncope.

Le 18 août 1880, il avait eu, rue Drouot, un accident de ce genre, et il avait fallu le transporter dans une pharmacie, où on lui donna des soins. Au mois d'octobre, les hémoptysies revinrent, et, à mesure que D... s'affaiblissait, ses nuits étaient mauvaises, les accès de somnambulisme se montrèrent de nouveau. Il avait même dans la journée « des absences. » Autour de lui on s'inquiétait, on ne savait pas quel était au juste son état, on l'engageait à se soigner. Enfin, le 18 octobre, il eut un vomissement de sang considérable, il remplit presque une cuvette et eut une syncope. M. le Dr Bertrand fut appelé ; on a de lui, au dossier, un certificat qui atteste le fait. Ce médecin avait déjà donné des soins à D... et, sans connaître l'état nerveux de ce malade, il avait constaté « un état d'affaissement et d'hébétude qui lui enlevait son libre arbitre. » Ce même jour, 18 octobre, D... perdit encore du sang dans la journée : le soir, épuisé, redoutant de monter six étages pour aller chercher son porte-monnaie, il emprunte cinq francs à son camarade d'atelier : il voulait aller prendre une potion au perchlorure de fer chez un pharmacien du faubourg Poissonnière qui lui avait déjà préparé le même médicament. En route, il crache encore du sang ; il avait dans ses poches, au moment de son arrestation, deux mouchoirs tachés de sang : l'un d'eux lui avait été prêté par son patron. En passant, rue Sainte-Cécile, il entra dans l'urinoir public, il mouilla son mouchoir au tube de lavage des dalles verticales, pour enlever plus aisément le sang qui souillait ses moustaches. Il ne se souvient plus, à partir de ce moment, ni de ce qui s'est passé, ni du temps pendant lequel il est resté là immobile. Le rapport des agents dit une demi-heure, cela est possible ; il est même probable qu'il fût resté plus longtemps encore s'il n'avait pas été tiré brusquement de cet état, qui, pour nous, étant donnée la série des troubles que nous avons rappelés, n'a rien d'imprévu. Ce que nous admettons moins aisément, c'est qu'un homme qui le matin a eu une hémorrhagie terrible, qui, dans la journée, dans la soirée, a vomi encore du sang en abondance, qu'un médecin a vu, que son patron, un ouvrier, ont vu aussi dans un état d'épuisement extrême, ait pu, le soir du même jour se livrer pendant une demi-heure à des manœuvres de masturbation, à des provocations, constituant le délit d'ou-

trage public à la pudeur. Il y a là, pour nous, par des raisons toutes physiologiques, une impossibilité matérielle qu'il est de notre devoir de signaler.

En conséquence, nous appuyant sur des faits directement observés par nous, par des médecins d'une incontestable autorité, d'une part ; sur les renseignements que nous avons recueillis et qui nous ont permis de reconstituer la journée du 18 octobre pendant laquelle le prévenu a été gravement malade, d'autre part, nous sommes autorisé à conclure que D... n'a pas pu commettre l'outrage public à la pudeur qui lui est reproché.

Que si son attitude, le long temps passé par lui dans un urinoir public, ont pu paraître suspects aux agents en surveillance, cette attitude singulière, cet arrêt prolongé trouveraient une explication qui n'aurait rien de forcé dans les conditions pathologiques que nous avons exposées.

Signé: A. MOTET.

A l'audience, nous avons énergiquement maintenu ces conclusions ; nous affirmions que D... était un malade, et nous démontrions, en nous appuyant sur l'observation prise à l'hôpital Saint-Antoine, que le début de la névrose complexe dont il était atteint remontait à une époque éloignée déjà. Nous faisions voir que D... présente deux états : l'un normal, pendant lequel il était responsable de ses actes, l'autre pathologique, pendant lequel il cessait de s'appartenir, de se diriger, et nous disions que pendant cette condition seconde, dont il ne conservait pas le souvenir, il était absolument irresponsable.

M. le président Manau reçut la déposition des deux agents qui avaient arrêté D... Cette déposition affirmait de la manière la plus catégorique le délit d'outrage public à la pudeur ; elle alla même plus loin : les agents prétendirent que D... leur était bien connu, qu'il fréquentait les passages, qu'ils l'avaient suivi souvent de huit à neuf heures du soir. Or, il fut établi par deux témoins que D... ne *sortait jamais* avant dix heures et demie, onze heures du soir. C'était lui qui se retirait le dernier, ayant pour fonction de fermer le magasin, et d'y mettre tout en bon ordre avant son départ.

Nous n'avions pas à discuter la déposition des agents, et M. le président nous ayant demandé si elle modifiait nos conclusions, nous avons répondu que nous les maintenions sans y rien changer.

M. l'avocat général Bertrand, dans un réquisitoire aussi remarquable par sa modération que par l'élévation de la discussion, nous disait : « Les faits sont matériellement établis : deux hommes ont déposé sous la foi du serment qu'ils avaient vu D... commettre un outrage public à la pudeur ; nous magistrats, nous n'avons qu'une chose à faire, appliquer la loi. — Vous, médecin, vous nous dites que cet homme n'est pas responsable ; mais vous nous avez dit aussi qu'à côté des troubles nerveux et cérébraux, il y avait chez lui des périodes d'état normal. S'il est vrai qu'il passe tour à tour par des périodes de *condition première* ou normale, et par des périodes de *condition seconde* ou pathologique, prouvez-nous qu'au moment où il a été arrêté, il était dans l'état de *condition seconde.* »

Dans toutes les affaires médico-légales où nous avons eu à intervenir, nous nous sommes toujours fait une loi de n'affirmer que ce dont nous étions sûr. Nous ne pouvions donc répondre à la question pressante de M. l'avocat général en lui disant qu'il était certain que D..., au moment de son arrestation, se trouvait dans un état de condition seconde. Seulement, il nous était permis de reprendre les données de l'observation, et de faire voir quelle importance avait la perte du souvenir dans la détermination de l'état du prévenu à un moment donné.

Cependant la Cour avait manifesté quelques hésitations, quelques doutes ; il lui semblait difficile d'admettre qu'un homme pût passer par des états aussi différents, et subir l'influence d'une volonté étrangère à la sienne. Nous proposâmes de la rendre témoin d'une expérience aussi simple que facile à conduire, qui, pour nos maîtres, MM. les professeurs Lasègue, Charcot, Vulpian et tant d'autres, a depuis longtemps cessé d'appartenir au groupe des faits extraordinaires, pour rentrer dans celui des faits pathologiques.

C'était bien d'un fait pathologique qu'il s'agissait ; et, dût l'expérimentation n'apporter aucune preuve nouvelle, en la proposant, nous restions sur un terrain scientifique. La médecine légale faite par des hommes indépendants, comme

nous le sommes tous, par des hommes n'ayant pas d'autre souci que celui d'arriver à la vérité, et de la démontrer, ne peut que gagner à ces épreuves ; et, pour notre part, nous remercions hautement M. le président de la chambre des appels de police correctionnelle d'avoir voulu se convaincre, et de nous avoir permis de lui en offrir immédiatement les moyens.

Voici comment nous avons procédé. D..., avons-nous dit, peut être facilement placé dans l'*état de condition seconde*. Il suffit de le forcer à regarder fixement pendant quelques instants : c'est ainsi que nous le fîmes entrer dans la période de somnambulisme provoqué, où, cessant de s'appartenir, il était dépossédé de sa volonté et subissait la nôtre : nous étions enfermé avec quelques-uns de MM. les conseillers dans la chambre du conseil ; lui, était dans la salle des prévenus. Nous l'appelons ; dès qu'il entend notre voix, il se précipite, écartant les gardes de Paris mis sur son passage, avec la vigueur d'un homme qui renverse un obstacle, ouvre la porte de la salle et arrive à nous, s'arrête immobile et attend. A ce moment, il ne connaît que nous, ne voit que nous, obéit à nous seul. M. le président ayant desiré s'assurer de la perte du souvenir des faits appartenant à l'accès, nous demande à voix basse de lui ordonner d'ouvrir ses vêtements, son pantalon.

Nous lui disons : D..., déshabillez-vous.

Il enlève ses vêtements avec une sorte d'emportement.

Puis, sur l'invitation de M. le président, nous lui demandons : Qu'avez-vous fait dans l'urinoir, vous souvenez-vous? — Et nous le plaçons devant le mur. Il prend son mouchoir, l'approche du mur et fait le geste de s'essuyer la bouche ; il répète ce geste plusieurs fois de suite.

Nous le réveillons par une simple insufflation d'air froid sur les yeux, et sa physionomie exprime un profond étonnement de se trouver là.

M. le président s'approche de lui et lui dit : D..., vous venez de vous découvrir devant nous.

— Je ne crois pas, monsieur, répondit-il.

— Tous ces messieurs vous ont vu comme moi. Regardez, vous êtes encore déboutonné, votre pantalon est ouvert.

— Monsieur, je ne m'en souviens pas.

M. le Dr Mesnet assistait à l'audience. Sur notre demande,

M. le président avait consenti à ce qu'il entrât dans la chambre du conseil : ce fut lui, à son tour, qui s'empara de D... et le ramena en quelques secondes à l'état dans lequel nous l'avions placé nous-même. A partir de ce moment, nous fûmes aussi étranger à D... que l'étaient les autres personnes présentes. M. Mesnet lui ordonna de lui écrire, et le plaçant à la table avec du papier, une plume, il lui fit écrire les premières lignes de la lettre que D... lui avait adressée de la prison de la Santé.

C'est pendant que D... écrivait que nous fîmes constater l'anesthésie complète.

L'expérimentation parut alors suffisante. D... fut réveillé, et ramené dans la salle des prévenus.

A la reprise de l'audience, la Cour rendit l'arrêt suivant :

Attendu que, s'il paraît établi que D... ait commis les faits qui lui sont reprochés, il n'est pas suffisamment établi qu'il en ait la responsabilité morale;

Considérant, en effet, qu'il résulte de l'examen du Dr Motet, remontant à une date ancienne, que le prévenu se trouve souvent en état de somnambulisme; que dans cet état il ne saurait être déclaré responsable de ses actes ; attendu que cet examen se fortifie d'une nouvelle expérience faite en chambre du conseil ; que, dans ces circonstances, D... ne saurait être considéré comme responsable ;

La Cour infirme le jugement frappé d'appel, et renvoie D .. des fins de la plainte.

M. Dagonet — Quels ont été les moyens employés par M. Motet pour provoquer le somnambulisme artificiel?

M. Motet. — Je n'ai jamais fait usage de passes magnétiques ainsi que se sont plu à le dire certains journaux; je me contente de regarder fixement le malade ; au bout de peu de temps, après quelques mouvements de mâchonnement, il s'endort. Pour le réveiller de son sommeil somnambulique, il suffit de lui souffler dans les yeux.

M. Dally. — Il est infiniment regrettable que les journaux de toute nuance aient ainsi travesti les choses et fait les affaires des antiphysiologistes, en prêtant à MM. Mesnet et Motet des expériences fantaisistes sur leur malade, telles que celle de lui avoir fait deviner des pensées à distance, etc.

M. Mesnet. — Laissons là tout ce qu'a pu raconter la presse politique ; mais ce dont nous avons eu le droit de

nous étonner, c'est de voir l'*Union médicale* se faire le copiste du *Figaro*. Aussi avons-nous cru devoir adresser à notre confrère, le docteur Simplice, la rectification suivante :

Paris, le 30 janvier 1881.

« Mon cher Simplice,

» Dans vos aimables *Causeries* du feuilleton du samedi 29 janvier, vous reproduisez, sous le titre de : *Un somnambule accusé d'attentat aux mœurs*, le compte rendu, emprunté au *Figaro*, d'une affaire jugée le 26 courant, à la chambre des appels correctionnels.

» Le fait est vrai. Une condamnation en police correctionnelle a été infirmée par la Cour d'appel, grâce à la démonstration de troubles cérébraux prouvant l'automatisme et, par conséquent, l'irresponsabilité.

» Dans cette affaire, les témoignages étaient accablants; le rapport médico-légal, fait et défendu énergiquement par M. le Dr Motet, chargé de l'examen du malade, laissait la Cour fort indécise, quand, au dernier moment, M. le docteur Motet insistant plus particulièrement sur le fait tout exceptionnel que la Cour avait à juger, lui rappelant qu'elle avait devant elle *un grand malade*, lui proposa de reproduire, séance tenante, quelques-unes des démonstrations pathologiques que nous avions tant de fois répétées, pendant le long séjour que fit ce malade dans mon service à l'hopital Saint-Antoine, en 1879.

» La démonstration acceptée, la Cour se retira dans la chambre du Conseil, et là, à huis clos, nous fûmes assez heureux pour convaincre les magistrats de la réalité de faits pathologiques tangibles, palpables et suffisamment démonstratifs, pour obtenir l'acquittement.

» Quelle que soit la singularité de ce procès, quelle que puisse être l'opinion publique, permettez-nous, cher et distingué confrère, de nous limiter aujourd'hui à cette simple exposition du fait, en attendant que nous vous donnions *in extenso* les détails de cette longue et émouvante observation que nous devons à nos confrères et à la science.

» Recevez l'expression de nos sentiments les plus affectueux et dévoués.

» Dr MOTET, Dr ER. MESNET. »

M. LOLLIOT. — Messieurs, je vous demanderai la per-

mission de rapprocher de la très intéressante observation que vient de nous communiquer M. Motet, des faits qui présentent avec elle une grande analogie, et peuvent, pour leur part, contribuer à éclairer le point encore obscur de la physiologie du cerveau, et avoir une certaine importance en médecine légale, ainsi que nous l'a démontré le fait rapporté par M. Motet. Je donne actuellement des soins à une jeune femme de 24 ans qui, journellement, souvent même à plusieurs reprises consécutives, soit le jour, soit la nuit, se trouve sous l'influence du sommeil somnambulique. Cette jeune femme est d'un tempérament très nerveux, sujette à de violents accès d'hystérie, avec menaces de suffocation, sensation de boule et d'étranglement, agitation, etc.; elle a aussi de fréquentes syncopes survenant sous l'influence des causes les plus légères. Ces accidents sont fréquents chez les autres membres de sa famille. — Le commencement et la fin de chaque accès sont ordinairement annoncés par un petit tressaillement nerveux de tout le corps. Une fois en état de sommeil, elle se livre le plus souvent aux actes ordinaires de la vie, mais parfois aux actes les plus étranges, dont les conséquences sont inexplicables non seulement aux personnes étrangères, mais à elle-même. Pendant le sommeil, on peut la faire parler, non seulement sur le sujet qui la préoccupe, mais encore sur toutes sortes d'autres sujets. Le réveil venu, elle oublie absolument tout ce qui vient de se passer, même si on lui rappelle différents incidents de son rêve en action, ou des paroles qu'elle a prononcées, il lui est impossible d'en conserver le moindre souvenir. Mais qu'un nouvel accès survienne, le souvenir lui reviendra parfaitement net, parfaitement exact, sauf sur un point, sur la notion du temps, s'imaginant, par exemple, que les faits qu'elle vient de rêver ou d'exécuter se sont passés depuis plusieurs mois. — Une nuit, à trois heures du matin, étant sous l'influence du sommeil somnambulique, elle entend frapper à la porte de la rue. Rapportant ce bruit à l'idée d'une personne qu'elle attendait, elle passe à la hâte une robe de chambre blanche, descend vivement l'escalier, ouvre, et se trouve en présence d'une famille d'Anglais qui lui étaient inconnus. Voyant son erreur, elle se sauve rapidement, laissant dans une grande terreur la famille anglaise qui crut avoir affaire à une apparition, à un fantôme.

Le lendemain, personne, pas même la malade, ne put s'expliquer par qui la porte avait été ouverte, et plus d'un crédule crut à une intervention diabolique. Ce n'est que dans un accès ultérieur que la malade me raconta les divers incidents de cette scène, en riant beaucoup de la figure terrifiée des Anglais au moment de son apparition.

Une autre nuit, elle écrivait douze lettres que j'ai lues, parfaitement sensées, mais avec cette particularité, que l'écriture très nette en général, devenait par moment obscure et peu lisible. Je lui demandai, dans l'état de veille, l'explication de ce contraste, elle ne put me la donner; mais, dans un accès suivant, elle m'expliqua très bien qu'elle avait écrit ses lettres à la clarté de la lune, qui, par intervalles, était cachée par les nuages, et qu'à ce moment, elle ne pouvait pas distinguer les lettres, « *et cela me mettait en colère* », ajoutait-elle en riant.

Cette jeune femme ayant chaque jour un ou plusieurs accès de somnambulisme, on remplirait des volumes avec les histoires plus ou moins bizarres qui lui arrivent quand elle n'est pas surveillée. Ce qui est rare. Ces faits, d'ailleurs, sont connus, et vous en trouverez d'excessivement curieux dans l'ouvrage de B. Carpenter (1), dans Maury (2), M. Mesnet. Mais je crois qu'il faut insister sur ces deux points très importants, dont M. Motet a tiré un si grand parti dans son savant rapport : 1° l'oubli complet pendant la veille ; 2° le retour complet de la mémoire dans un accès suivant. Suivant Lélut, l'oubli au réveil ne serait pas constant, et il en cite quelques cas. Je l'ai noté dans toutes mes observations personnelles et il est incontestable que, dans la presque totalité des observations, l'oubli au réveil est signalé. Cet oubli est déjà un signe précieux dans un cas médico-légal; mais, ce qui est plus précieux encore, c'est l'évocation possible du souvenir pendant un autre accès, car, dans le sommeil somnambulique, le patient ne cherche pas à tromper. Et si le malade de MM. Motet et Mesnet n'a pas, dans l'accès qu'il a eu devant ses juges, reproduit certains actes qui lui étaient reprochés dans l'accusation, il y a de grandes chances, je dirai même toutes les chances, pour qu'il en soit innocent, et qu'il y ait eu

(1) *Principles of mental physiology*, by William B. Carpenter. London, 1874.

(2) Alfred Maury, *Le Sommeil et les rêves*. Paris, 1865.

erreur de la part des agents qui l'avaient arrêté ; et c'était justice qu'il fût acquitté.

Mais, quand bien même, il n'était pas responsable. Le somnambulisme n'étant après tout qu'un rêve en action, il faut admettre que la liberté n'existe pas plus dans les actes somnambuliques que dans les rêves. Aussi a-t-on regardé les crimes qu'un somnambule peut commettre dans ses accès, comme ne lui étant pas imputables.

Toutes les fois donc que, dans un procès criminel, certains actes paraîtront bizarres, que l'accusé, dont les antécédents peuvent-être bons, affirme avec sincérité qu'il ne se souvient de rien, le médecin-légiste doit penser à la possibilité d'actes somnambuliques, et demander qu'il soit soumis à une observation, qui permettra, dans une crise ultérieure, de lui faire donner le récit des faits qui lui sont reprochés.

M. Mesnet. — Je ne ferai que quelques observations à propos des accès de somnambulisme. Ainsi l'état psychologique n'est pas le même dans l'accès spontané et dans l'accès provoqué. Dans le premier cas, en effet, le malade n'agit que d'après le mouvement automatique de son cerveau, sans jamais rien emprunter au dehors ; tandis que dans le second cas, il n'agit et ne se meut que sous l'influence de la personne qui a provoqué le sommeil. Mais dans l'un et l'autre cas, le somnambule est un être sans discernement, sans conscience ni volonté, qui obéit aveuglément aux excitations qui lui viennent du dehors.

J'insisterai plus particulièrement sur les caractères névrosiques des accès de somnambulisme *spontané*, qui présentent des variantes nombreuses suivant que l'accès est plus ou moins intense, plus ou moins profond ; mais il se reconnaît toujours cependant à certains caractères typiques. Ce sont entre autres :

1°. La *périodicité régulière* dans le retour des accès. L'intervalle qui sépare les accès peut être de 12 ou de 24 heures, ou plusieurs jours (je l'ai vu de 18 jours) ; mais quel que soit cet intervalle, il reste toujours le même dans la série des accès que présente le malade.

2° L'*ignorance* la plus complète du malade, au moment où il se réveille, de tous les actes qu'il a accomplis pendant sa crise. Ce n'est pas l'*oubli*, c'est bien l'*ignorance* ; car oubli suppose connaissance antérieure, or le malade n'ayant

rien connu ne peut avoir oublié ; son moi était sorti au moment de l'accès, et quand l'accès terminé, il est rentré au logis, il ignore ce qui s'est passé pendant son absence. N'est-ce pas là un fait assez fréquent dans nos asiles d'aliénés?

Je rappellerai enfin que, dans l'accès de somnambulisme *spontané*, se réveillent parfois des *excitations instinctives* sans précédents dans la vie du malade, telles que des impulsions au vol, au suicide, à l'homicide, etc. J'ai été témoin de plusieurs cas semblables et je ne saurais assez insister sur l'intérêt que présente l'étude de ces faits au double point de vue de la psychologie et de la médecine légale.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1881

Présidence de M. Luys

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite

M. le D^r. Baillarger s'excuse et regrette de ne pouvoir assister à la séance.

M. le D^r. Moreau (de Tours) adresse à M. le président une lettre dans laquelle il déclare qu'en raison du mauvais état de sa santé et de celle de quelques membres de sa famille, ne pouvant plus assister aux séances de la Société, il demande à être compté parmi les membres honoraires.

Cette demande mise aux voix est accordée à l'unanimité des membres présents.

Correspondance imprimée

La Razon de la sin Razon, du D^r. Pujadas, 1er et 15 février 1881.

Bolletino del manicomio privato Fleurent a Capodichino di Napoli, 1er février 1881.

Gazetta del manicomio di Macerata.

Statuts du congrès médical de Londres pour 1881.

L'art dentaire, de Preterre, février 1881 ; articles sur l'*Epilepsie larvée, suite de lésions dentaires* par Kelwich et Hallopeau.

The alienist and neurologist a quartely Journal, publié

par le Dr Hughes, à Saint-Louis (États-Unis), 1er numéro, janvier 1881.

La responsabilité morale et la responsabilité sociale (suite).

M. Delasiauve. — Dans une précédente séance, répondant à M. Dally, j'ai mentionné un fait sur lequel, puisque l'ordre du jour chôme, je vous demanderai de revenir. Car, si d'une part, il donne aux principes de responsabilité légale par moi établis une consécration typique, il n'est pas moins, d'autre part, confirmatif des caractères distinctifs du genre, que, dès 1859 et fréquemment depuis, j'ai assigné à la pseudomonomanie ou délire partiel diffus. Ce cas est celui de ce propriétaire aisé et considéré, dont le suicide a produit une vive émotion dans le canton qu'il habitait (Saint-André, Eure). A la culture, S... joignait un commerce de porcs assez étendu qui, chaque semaine, l'obligeait à se rendre à Poissy. On me demande le mode. Il s'est brûlé la cervelle, le 1er décembre, dit la *Vallée d'Eure*, avec un fusil en pressant du pied une ficelle qu'il avait attachée à la détente. « Rien, ajoute cette feuille, ne faisait présager une détermination aussi funeste, ledit S... étant dans une situation prospère. »

Pour moi, je l'ai fait remarquer, la nouvelle ne pouvait me surprendre, puisque, il y a seize ans, ayant eu l'occasion de donner des conseils à sa dame, atteinte d'obtusion lypémaniaque, guérie d'ailleurs, j'eus, dès cette époque même, confidence des préoccupations maladives qui secrètement l'agitaient depuis plusieurs années. Sans cesser de vaquer comme d'habitude à ses affaires, il lui survenait par moments, surtout dans la solitude, une sorte de pesanteur et d'ennui. La tête en cet état, était douloureuse et embrouillée. Assailli des idées les plus tristes, il demeurait comme immobile et sans parole, distrait de temps en temps par des voix qui semblaient l'appeler. Rêvant malheur, il craignait pour sa famille, pour sa maison, pour lui-même. Volontiers, sans d'impérieux devoirs, il aurait fui le monde. Ce qui l'affligeait le plus, c'est la pensée que chacun devait s'apercevoir de sa position. Evidemment, il tournait à la folie, qu'allait-il devenir?

Une lettre qu'il m'écrivait quelques semaines après la consultation que je lui donnai à Paris, et qui m'annonçait

une certaine amélioration, laissait percer déjà l'intention qu'il réalisa deux ans plus tard, en réclamant à Charenton un abri contre ses entraînements. Douze ans se sont écoulés entre sa sortie de cet asile, et la catastrophe. Je ne l'ai pas revu, mais par son médecin qui, dans la confidence me tenait au courant, j'ai su que les oscillations étaient restées les mêmes. Du reste, aux anomalies morales se joignaient, comme en pareil cas, des troubles organiques qui les aggravaient, s'ils ne les avaient fait naître. Ainsi, selon le langage du malade, pas un point, des pieds à la tête, n'échappait à la douleur. De la nuque et des tempes, où elle s'était fixée dès l'origine, une névralgie rhumatismale s'irradiait le long du dos et dans les lombes ; une chaleur enveloppant le corps gagnait les épaules pour descendre dans les deux bras. Les suffocations n'étaient pas rares. Il y avait non moins fréquemment des bourdonnements d'oreilles, des fourmillements aux pieds, des insomnies ou un sommeil pénible, à l'issue duquel sévissaient notamment les appréhensions. Enfin l'emploi des purgatifs était souvent nécessité par une constipation habituelle.

Ces traits significatifs concordent expressément avec les distinctions sur lesquelles se base le délire partiel diffus. Pendant dix-huit ans, chez S..., aucune atteinte ne se révèle dans le fonctionnement syllogistique. Sa triste fin surprend tout le monde, donc point d'aliénation générale, manie, démence, ou confusion intellectuelle aux divers degrés. Dans l'ensemble et l'évolution des symptômes, on n'aperçoit non plus traces ni d'une fixité systématisée quelconque, ni d'une folie impulsive circonscrite et déterminée.

De quoi se compose l'affection ? De paroxysmes plus ou moins intenses, diversement distants ou durables que, pour permettre d'en saisir le caractère, j'ai comparés aux monologues du rêveur éveillé. Sous l'empire d'une sorte d'éréthisme nerveux, spasmodique, surgit un travail cérébral confus, qui contrarie ou remplace même la pensée normale. Fasciné par les impressions insolites qu'il sent l'envahir, les conceptions bizarre et les incitations souvent dangereuses qui se croisent ou s'entrechoquent, l'esprit perd son contrôle; il suit à la remorque les sujets qui se succèdent au hasard, les raisonnements qui se forment presque sans sa participation, tant que la crise ou ne s'épuise pas d'elle-même ou n'est pas rompue par une distraction étrangère. Rendu

alors à la vie réelle, il est étonné et parfois alarmé des scènes qui se sont jouées dans son imagination. Rien de lamentable comme le récit que font certains malades de ces accidents, dont ils ont conscience.

Beaucoup cependant, émus de ce trouble qui les déprime, souffrent longtemps en silence, n'osant pas même le révéler à leurs proches. Une dame, très affectionnée à son mari, n'en vint, après quinze ans de lutte, à l'informer, une nuit, de ses douloureuses obsessions qu'au milieu d'une tourmente irrésistible. Cet aveu la jetait dans le désespoir; « seule victime, elle a fait un malheureux de plus. »

Dans la communication qu'à propos du séminariste d'Aix, j'ai faite à la Société (1859), dans un long article du *Journal de médecine mentale*, t. III, p. 80, et ultérieurement, j'ai mentionné toute une série de cas offrant, quant au fond et à l'évolution, une notoire similitude. Tous n'ont pas la même gravité. Au début, notamment, le spasme morbide est, en général, facilement interrompu par une émotion subite ou tenu en échec par une occupation obligatoire. Les accès, de courte durée, laissent entre eux des intervalles plus ou moins longs. Des journées, des semaines, des mois même peuvent en être exempts. A mesure, au contraire, qu'ils se rapprochent davantage, ils tendent aussi à devenir plus tenaces et plus fatigants; les craintes redoublent; la vie est intolérable.

Volontiers, on croirait à la lypémanie, tant la tristesse est navrante. Mais en dehors des alarmes suscitées par des éventualités sinistres, les troubles sensoriels ou moraux, jugés d'ailleurs maladifs par le patient lui-même, n'ont rien de l'idée fixe. Quoique issus du même éréthisme nerveux, les paroxysmes n'ont pas un aspect symptomatique uniforme. La physionomie change selon les combinaisons que le hasard amène. Seulement il y a chance que certaines scènes, ayant causé un ébranlement profond comme une impulsion violente au suicide, au meurtre, à l'incendie, etc., se reproduisent, prédominent et créent un danger de plus en plus pressant. Il n'est pas non plus sans exemple que le désarroi consécutif à la maladie dégénère en un véritable état monomaniaque qui se greffe sur le délire diffus sans, du reste, dénaturer son caractère propre.

Des souffrances physiques ont été indiquées. Elles m'ont paru, à part les complications névralgiques et viscérales, se résumer en une hypérémie diversement active ou passive, et plus ou moins étendue, occupant telle ou telle région cérébrale, le front, le sommet, les tempes, même le derrière de la tête. Les rémissions spontanées ne sont pas rares. Fréquemment, surtout, un traitement approprié procure entre deux à six mois, des améliorations durables, sinon des cures définitives, car les récidives sont à craindre. Parmi ceux que j'ai pu considérer comme guéris, je citerai un négociant en fleurs artificielles qui, rendu à la santé en quatre mois une année, se releva l'année suivante en deux mois d'une seconde atteinte, et dix ans après n'avait pas cessé de jouir d'une santé parfaite. — Un honorable fabricant, mort récemment et qui, il y a vingt-cinq ans, dut à un saisissement une pseudomonomanie grave datant de plusieurs mois. Un jour, il se rencontre à dîner avec un ami de province qu'il n'avait pas vu depuis sa jeunesse. Rendez-vous est pris pour un déjeuner le lendemain. Il arrive; le vieux camarade était mort. De là une agitation mentale et une panique qui, pour en donner une idée, le fit brusquement rétrograder, avant destination. dans un voyage du Nord. Deux mois suffirent à sa guérison. Au printemps suivant, recrudescence unique disparue en une quinzaine. Même résultat chez un confrère distingué, qui, malade depuis deux ans, s'était forcément séparé de sa clientèle. L'ayant reprise au bout de quatre mois, il put, sans réminiscence, la continuer pendant dix ans, jusqu'à sa mort, survenue accidentellement par une blessure à la jambe.

Malheureusement, les oscillations sont loin d'avoir toujours une issue aussi favorable. On ne gouverne pas à son gré l'éréthisme morbide. Même alors que le patient a le sentiment de la résistance, il peut, comme poussé *a tergo*, subir toutes les conséquences de ses raisonnements fortuits ou de ses tendances impulsives. Or, la clarté que projette sur l'intimité de telles situations une analyse méthodique, montre nettement les conclusions médico-légales qu'on doit en tirer. L'acte s'accomplit sans éveiller l'idée de moralité. Le monomane cède à une fatalité *logique*. Ici la fatalité est positivement *automatique*. C'est ce qui ressort des réponses des séminaristes d'Aix et de Pont-à-Mous-

son, communes aux auteurs de semblables catastrophes. Une force aveugle les poussait; ils ne s'appartenaient pas. Au lieu de remords, une stupéfaction douloureuse.

En effet, figurons-nous une crampe : est-on maître de l'abréger? Non. Qu'un abîme s'ouvre dans un rêve pseudo-monomaniaque, si la tension encéphalique ne cesse à temps, la chute est presque inévitable. Entre autres éventualités funestes, celles du meurtre et surtout du suicide prédominent généralement. On le conçoit de cette dernière tendance, notée dans la presque totalité des observations. Dans leurs sombres réflexions, beaucoup de malades caressant l'idée de la mort comme une délivrance, est-il étonnant que cette idée revienne et se fortifie dans les paroxysmes? Que de suicides énigmatiques en apparence n'ont pas d'autre origine! Une brusque interruption au moment de l'acte peut en détourner, comme il en est des exemples.

L'initiative volontaire, asservie par la tyrannie morbide, est donc nulle, l'intention absente. En présence d'une inculpation délictueuse ou criminelle, qu'en conclure, sinon l'irresponsabilité absolue? Le principe est clair; car, si on ne traîne point un fou reconnu devant les assises, le désordre mental ici, pour être latent, n'en est pas moins efficient et réel, n'exceptant pas, du reste, les mesures préservatrices nécessaires en vue de la sécurité sociale, de la protection et du traitement du malade lui-même.

Redisons-le : les règles médico-juridiques par nous établies dans notre mémoire sur la *monomanie au point de vue psychique et légal* (1853), et maintenues dans des travaux ultérieurs, notamment à propos du *délire partiel diffus*, nous paraissent avoir reçu de la discussion présente une consécration nouvelle.

Il ne saurait s'agir d'une responsabilité mixte, puisque l'assentiment de la conscience manque totalement à la perpétration; que loin de là, si peu que persévère une lueur instinctive, elle suffit souvent pour la prévenir, et que les infortunés malades, non seulement peignent en traits déchirants les alarmes qu'ils éprouvent, mais se sentant vaincus, impuissants, sous l'imminence de la folie ou du crime, en viennent à réclamer parfois l'abri d'un asile d'aliénés.

Le cas sur lequel j'ai voulu, sous ce rapport, appeler l'attention de la Société n'est pas l'unique. Il est sans doute peu

de médecins des asiles qui n'en puissent citer des exemples. Dans le *Journal de médecine mentale* (t. IX, p. 356), notre savant collègue M. Dagonet a relaté, avec des commentaires très précis, l'histoire pittoresque d'un malade de ce genre déjà mentionné dans le même recueil (p. 317). Après des pérégrinations impossibles, Len..., poursuivi par d'étranges obsessions, sollicite et obtient son admission à Bassuwe. Il en sort quelques mois après, pour, tantôt calme et rassis, puis cédant aux déterminations les plus compromettantes, entrer à Charenton dans des conditions à peu près identiques. Devenu finalement maître d'études dans un établissement, âgé à peine de vingt-cinq ans, sa conduite semble irrépréhensible. L'esprit toutefois broie de noires idées. En contact avec les élèves, ayant surtout, de nuit, la surveillance d'un dortoir, il conçoit la pensée d'en immoler un dans son sommeil, n'importe lequel. Chaque jour le penchant devient plus impérieux. Enfin deux mois s'étant écoulés, Len..., à bout d'une horrible lutte, s'ouvre de cette tourmente à M. Bérillon, commissaire de police, qui d'office le fait admettre à Sainte-Anne. En est-il sorti? C'est probable. M. Dagonet pourrait peut-être nous fournir des informations sur ce qu'il est devenu.

En un sens, le fait, plus haut cité, du négociant en fleurs artificielles se rapprocherait de celui de Len... A sa place, c'est en quelque sorte, sa petite fille qu'il séquestre. Elle a huit ans et l'on ne projetait de la mettre en pension que bien plus tard. Impérieusement et à l'improviste, il prétend que ce soit tout de suite. Sa femme s'étonne, demande pourquoi. Il veut, c'est assez. L'infortuné m'avoue que parmi les conceptions qui l'effraient lorsque sévissent ses crises, la vue de cette pauvre enfant suscite l'envie de la tuer, et que c'est pour se soustraire à ce violent désir qu'il la tient éloignée.

Dans le Rhône, peu de temps avant 1870, un propriétaire, atteint d'un délire pseudo-monomaniaque, subit un traitement de quelques mois dans un asile privé aux environs de Lyon. Repris plusieurs années après, il se résout de lui-même à y rentrer. Conditions arrêtées, il retourne à Lyon avec sa femme, devant s'installer le lendemain. Mais la nuit en proie à un accès, il se précipite sur la malheureuse et l'immole. En avait-il eu la pensée dans un précédent paroxysme? Celle-ci ou toute autre lui avait sans doute suggéré une résolution qui devait le délivrer de ses craintes.

De 1867 à 1875, j'ai donné des conseils à une dame de l'Oise, obsédée d'impulsions de toutes sortes. Un frère s'était suicidé. Elle n'ouvrait point ses croisées sans ressentir le besoin d'imiter cet exemple. On soustrayait à sa vue couteaux, fourchettes, tous objets pouvant servir d'armes, non qu'elle eût dessein de s'en servir; elle tremblait que ce dessein ne lui vînt. A de longues rémissions succédaient des exacerbations plus ou moins intenses. Dans l'une des dernières, ce qui l'épouvantait le plus c'était sa situation vis-à-vis de son mari. Un jour qu'il l'avait accompagnée : Ah! docteur, s'écrie-t-elle tout en larmes, lui présent, Dieu sait si je l'aime! Eh bien! j'ai envie de lui crever les yeux, vais-je donc tomber folle? Me conseillez-vous de me faire recevoir dans une maison d'aliénés? Homme robuste et fort, le mari était capable d'en imposer par sa prestance. Je consolai cette pauvre dame, tout en recommandant la séparation absolue des époux durant le sommeil. Une affection assez grave m'ayant empêché de lui continuer mes soins, je dus l'abandonner à un collègue. Je n'en ai plus eu de nouvelles.

Quand on songe à de telles angoisses, à cette détermination extrême, suggérée par le désespoir, de solliciter soi-même son isolement dans une maison de fous, impossible d'attribuer un acquiescement quelconque à la perprétation funeste. Partant, je le répète, ni moitié ni quart de responsabilité; immunité complète.

On a signalé des meurtres suivis de suicide dont le caractère reste une énigme. Nous présumons qu'en ces cas aussi, des suicides ont dû conjurer des meurtres ou toutes autres catastrophes. Chez les pseudomonomanes, l'explication de ces deux ordres de faits paraît naturelle. On sait le désarroi où souvent la demi-clarté qui succède à l'acte funeste jette le malade. Quoi d'étonnant qu'ayant à la fois horreur de soi-même et des inflictions qui le menacent, il prenne la résolution subite d'en finir avec une déplorable existence? Un semblable parti ne se conçoit pas moins chez un malheureux qui, après avoir triomphé de maintes impulsions redoutables, se sent, enfin, au moment fatidique, dans l'impuissance de remporter une nouvelle victoire. Un pauvre jardinier de mon pays nous en a fourni un notable exemple. Son affection datait de plusieurs années. On en attribuait l'origine à une inadvertance. Pensant boire du vin, il avait avalé partie du contenu d'une fiole destiné à un usage

externe. Une impulsion, fréquemment prédominante dans ses crises, le portait à faire mal à sa femme qu'il aimait tendrement. C'était d'ailleurs un homme excellent. « *Ça me dit de te tuer, Ça me dit de te tuer,* » lui criait-il dans ses détresses. Il faisait en même temps enlever tous les objets à sa portée, dont il aurait pu faire un mauvais usage. Sa femme couchait dans une autre chambre séparée, fermée et barricadée en dedans. Finalement, on le trouva pendu. Pour ne pas tuer autrui, il s'était tué lui-même.

Tels spécimens achèvent de démontrer ce que vaut l'argument tiré de la clairvoyance. Elle existe, oui; mais en dehors des paroxysmes. Encore convient-il de faire des réserves pour certains cas où le souvenir des impressions maladives laisse des traces durables de profonde mélancolie. Entre l'un et l'autre état, la distinction s'impose. Aussi avons-nous eu garde de la négliger. Libre arbitre absent, responsabilité nulle : c'est la conséquence logique, forcée, à l'égard des méfaits issus d'un évident automatisme. Dans les conditions opposées, l'aspect, au contraire, est tout différent. En possession de sa raison comme tout le monde, participant pleinement à la vie sociale, le pseudomonomane, notamment si ses accès sont distants et d'intensité modérée, peut, cédant à des passions ou à des emportements naturels, commettre des actes fâcheux dont il soit responsable ; des vols, par exemple, des faux, des attentats à la pudeur, un assassinat, etc., etc. Théoriquement du moins, nous aurions cru exorbitant d'en repousser le principe. Le mal, toutefois, est incontesté. Ne se pourrait-il pas, à la rigueur, qu'un lien obscur ne l'eût rattaché à l'instigation passionnelle, ou que, par une dépression pesant sur le moral, il n'eût détendu les ressorts de la volonté ? Experts, jurys, magistrats, ont certes le devoir d'envisager ces éventualités et d'en déduire, selon les circonstances, des motifs d'atténuation, sinon d'exonération pure et simple. En ce qui nous concerne, on nous permettra de faire remarquer, en terminant, la concordance exacte de notre doctrine actuelle avec celle formulée dans la 4e conclusion de notre mémoire précité sur la monomanie (p. 19) : « Le » malade échappe à l'imputabilité, quand le délire est no- » toire ; de même, lorsqu'il est, bien que limité, le prin- » cipe de l'acte répréhensible. Quand l'incrimination re- » pose, au contraire, sur des faits dont le mobile est

» étranger à l'aliénation, il appartient alors aux experts
» ou aux juges de rechercher, dans leur prudence, en te-
» nant compte des circonstances antécédentes ou actuelles
» le degré d'influence que le sentiment maladif a pu exer-
» cer sur l'action du libre arbitre. »

M. LUNIER. — Quel était le mode de suicide?

M. DELASIAUVE. — Je l'ignore.

M. LUNIER. — Je regrette cette incertitude, car le mode du suicide, l'énergie avec laquelle il est conçu et exécuté, dénotent pour ainsi dire la nature du délire.

M. BILLOD. — Comment l'admission libre d'un malade dans un asile peut-elle se faire ? Faut-il se contenter de la simple demande du malade lui-même? Peut-on dans ces cas outrepasser les règles indiquées par la loi de 1838 ?

M. LUNIER. — La question a déjà été posée plusieurs fois. Rien d'anormal à ce qu'un individu réclame lui-même son internement, et il n'est personne d'entre nous qui ne se soit trouvé en face d'un homme, qui, d'après ses propres expressions, « se sentant devenir fou », demande lui-même les soins nécessaires à son état. Or, dans ces cas, on tourne la difficulté en se faisant donner un certificat par le médecin ordinaire du malade. C'est plus régulier et c'est plus sage. Il vaut mieux en effet que la demande d'admission soit faite par la famille. Cependant, s'il s'agit d'un indigent, il peut être reçu d'office sur l'ordre du préfet.

M. CHRISTIAN. — Je me suis trouvé dans cette situation : il s'agissait d'un vieillard qui, après avoir mis son bien en viager, s'était placé volontairement à Clermont. Au bout de quelque temps, se croyant persécuté, il a quitté l'hospice et s'est mis à voyager. Il arrive un jour à Charenton, demandant aide et protection contre ses persécuteurs.

On ne pouvait, ni on ne voulait le recevoir. Cet homme n'a plus de famille, il n'a qu'un tuteur avec qui il n'est pas en très bons termes.

Que faire alors? J'ai adressé un rapport au préfet, lui exposant la situation de l'individu. Le préfet délégua un médecin-inspecteur, qui, après examen du malade, adressa de son côté un rapport à l'autorité supérieure, qui alors ordonna un placement d'office.

Un mois après, notre homme se plaint que ses persécuteurs sont revenus, et réclame sa mise en liberté.

Nouveau rapport au préfet, qui s'adresse alors au tuteur, lui demandant s'il consentait à la mise en liberté du malade. Celui-ci répondit : « Gardez-le », et le malade est toujours à Charenton.

M. Falret. — Il est fréquent de constater ces cas. Il faut de toute nécessité recourir à un médecin qui régularise la position, car, souvent au bout d'un temps assez court, le malade change d'avis et veut s'en aller.

M. Lunier. — C'est ce qui arrive en Angleterre pour les ivrognes d'*habitude*. Ce ne sont pas des dipsomanes, ce ne sont pas des gens atteints de *delirium tremens*, ce sont des individus qui, pour ne pas succomber à la passion de boire, s'engagent à ne pas sortir pendant un temps déterminé, un an au minimum, de la maison où ils vont se réfugier. Cette manière de faire ne me paraît pas très rationnelle. Lorsque l'ivrogne est sous l'influence du vin, il ne jouit pas de la plénitude de ses fonctions intellectuelles. Ce n'est donc pas à lui à juger du temps nécessaire pour se remettre, et savoir quand il sera en état de sortir.

M. Delasiauve. — Pour les ivrognes, la question est un peu différente. Il y a lieu, en effet, de considérer la gravité de l'affection, la nature du délire, la chronicité de la maladie.

M. Billod. — On peut supposer un aliéné impulsif : un homme qui vienne vous dire : Docteur, recevez-moi chez vous, je me sens entraîné irrésistiblement vers le mal ; je sens que si je reste en liberté, je tuerai quelqu'un, etc. Dans ce cas, je n'hésiterai pas à le retenir à titre préventif, quitte à régulariser sa position après.

M. Lolliot. — Le directeur d'un asile public peut retenir d'urgence, pendant 24 heures, un malade qui réclame sa séquestration (et encore faut-il un ordre du maire). Mais, dans un asile privé, on ne peut agir de la sorte.

M. Lunier. — Je demanderai à la Société la permission de lui rapporter le fait suivant, qui montre combien, dans certains cas, l'expert peut se trouver embarrassé pour prendre un parti :

Il s'agit d'un homme de 42 ans, fils d'un ancien militaire, ayant reçu une certaine instruction. A 20 ans, cet homme s'engagea et passa 4 ans en Afrique. Libéré au service, il revint en France, ayant contracté des habitudes alcooliques. Il établit une sorte de cabinet d'agent d'affaires, tourna

mal et fut condamné pour escroqueries (en 1864). Sorti de prison, il vécut 8 à 10 ans dans des conditions normales, faisant le courtage de bijouterie; en 1869, il se marie, il buvait toujours, et était sous le coup d'un état alcoolique latent qui ne se manifestait par aucun trouble appréciable. Il arrive ainsi à l'âge de 42 ans, buvant par jour 4 verres d'absinthe, 20 centilitres de rhum, plusieurs verres de vermouth, sans compter le vin pris aux repas. Cependant il était très rarement ivre. En 1873, nouvelle affaire avec la justice, escroquerie maladroite pour laquelle il fut condamné à 2 mois. En 1874, un autre abus de confiance lui vaut 10 mois. En 1879, la maladie s'était accentuée : il était dans cet état d'intoxication bien connue, caractérisée par des hallucinations, des sueurs, des cauchemars, des tremblements, etc. Puis, tout à coup, cette sorte d'excitation fait place à un anéantissement complet; cependant, il continue toujours son courtage jusqu'au mois de janvier 1881, où un nouvel abus de confiance le fait traduire en justice. L'enquête nécessitée démontre que depuis plusieurs mois déjà il avait « perdu la tête ». Au dépôt, constatation de folie ébrieuse.

Tel est l'état dans lequel nous avons vu ce malade. Mais, il y a trois mois, lors des détournements, des abus de confiance qui ont amené son internement, quel était son état mental? Les actes commis à cette époque sont réfléchis et témoignent une certaine habileté. Néanmoins, me basant sur les antécédents et sur les nombreux renseignements fournis sur la manière de vivre du malade, je n'ai pas hésité à le considérer comme étant déjà à cette époque en puissance de folie alcoolique et je l'ai déclaré irresponsable.

Certes, l'embarras de l'expert eût été très grand s'il avait eu à se prononcer sur l'état mental du malade à une époque plus reculée. Si, au point de vue scientifique, psychologique, la réponse n'eût pas été douteuse, il n'en aurait pas été de même au point de vue légal.

La séance est levée à 6 heures.

D[r] PAUL MOREAU (de Tours).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Brain

Année 1878.

Numéro I (avril).

1. *Note sur la valeur séméiologique des différents états de la pupille*, par Jonathan Hutchinson.

Cet intéressant mémoire n'est malheureusement pas encore achevé ; nous sommes forcé d'attendre, pour l'analyser utilement, que sa publication soit terminée.

2. *Les sensations motrices et le sens musculaire*, par G. Henry Lewes.

L'auteur, prenant comme point de départ l'opinion que les nerfs ne sont sensitifs ou moteurs que par suite de leurs relations fonctionnelles, établit dès le début de son travail que toute sensation se transforme en mouvement : il y a là une unité composée de deux éléments inséparables ; nous rompons cette unité pour la commodité de l'analyse, et nous sommes ainsi induits en erreur, car nous finissons par tenir pour réelle une distinction purement idéale entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs; la preuve que cette distinction n'a rien de fondé, c est que la mise en activité de l'un de ces nerfs, soit sensitif, soit moteur, entraîne, *ipso facto*, une modification de l'équilibre central.

Les conclusions de ce travail complexe (qui est à proprement parler un chapitre d'une théorie psycho-physiologique des sensations, avec application spéciale au sens musculaire) sont les suivantes : « Bien que la sensibilité motrice soit l'un des éléments constituants de toute sensation (Feeling) — puisque cette sensation se compose d'une réception passive, et d'une décharge active— on est autorisé à faire entrer, dans une classe spéciale et distincte, les sensations produites par les mouvements musculaires, et la dénomination de sens musculaire leur est ap-

plicable. Ces sensations sont composées des sensibilités neuro-musculaires actives et passives ; et bien que leur siège ne soit ni dans les muscles ni dans les nerfs, mais dans le sensorium sur lequel ces nerfs et ces muscles exercent une action qu'à leur tour ils en reçoivent, nous avons, pour ranger les nerfs moteurs parmi les *conditions essentielles* de la production des sensations musculaires, autant de raisons que pour comprendre les nerfs optiques et auditifs parmi les conditions *essentielles de la production* des sensations visuelles et acoustiques. »

3. *Du rôle de la dure-mère et de ses nerfs dans le traumatisme cérébral,* par H. Duret.

Ce mémoire n'est autre chose que le chapitre III des *Recherches expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux,* dont l'auteur avait communiqué les bonnes feuilles au « *Brain* ». Le remarquable travail de Duret est à l'heure actuelle trop connu pour qu'il soit utile de faire ici l'analyse, — retour d'Angleterre, — de l'un de ses chapitres.

4. *De quelques symptômes des affections cérébrales organiques* ; par W. R. Gowers.

Ce travail, qui porte sur deux points différents de pathologie nerveuse, est divisé en deux parties :

A. Dans la première, l'auteur traite des *paralysies soudaines dans les cas de tumeur cérébrale* : cette soudaineté est assurément un fait rare ; mais il serait inexact d'en nier l'existence. On peut aussi l'attribuer à des causes diverses suivant les cas : quelquefois, elle relève directement de la tumeur, et l'on peut alors invoquer soit des phénomènes d'inhibition, soit un épuisement permanent consécutif à des phénomènes convulsifs ; dans d'autres cas, c'est à des lésions concomitantes ou associées (telles qu'une hémorrhagie à l'intérieur ou au voisinage de la tumeur, ou bien un ramollissement par lésion vasculaire chronique, ou par compression ou obstruction des vaisseaux) qu'il faut rapporter la brusquerie du début. Le mécanisme qui paraît être le plus commun, est celui qui relève des lésions vasculaires concomitantes (endartérite chronique chez les vieillards, et syphilis chez les jeunes sujets.) Trois observations se rapportent aux divers processus indiqués.

B. Dans la seconde partie, l'auteur traite de l'*incoordination lente par lésion de la couche optique*. Les recherches de Charcot l'ont conduit à rattacher ce symptôme à une lésion des fi-

bres blanches situées en dehors de la couche optique (partie postérieure de la capsule interne); sans combattre ces conclusions l'auteur rappelle un fait qu'il a antérieurement publié, et en fait ensuite connaître un nouveau, dans lesquels la lésion occupait la couche optique et respectait la capsule. Il en conclut que l'incoordination motrice peut résulter d'une altération de la couche optique elle-même sans lésion apparente des fibres blanches capsulaires.

5. *Le surmenage cérébral*; par T. Clifford Allbutt.

La notion encore un peu vague, mais très générale, que le règne du muscle est fini et que celui du cerveau commence, a eu pour conséquence immédiate de donner à l'éducation, sous toutes ses formes, une impulsion très vive, presque violente : cette transition est inévitable; mais il serait à souhaiter qu'elle fût mieux ménagée. Partout, qu'il s'agisse d'art ou de commerce, de science ou de littérature, les cerveaux se dépensent trop tôt et trop vite; ils sont surmenés, et il n'est pas besoin de chercher ailleurs la cause de la fréquence toujours croissante de certaines affections telles que la dyspepsie, la débilité nerveuse, les maladies mentales, etc. Il conviendrait cependant, pour la saine et utile direction de toute éducation, de tenir compte des diverses formes de l'activité nerveuse, qui, pour M. Clifford Allbutt, sont au nombre de cinq, la qualité, la quantité, la tension, la variété et enfin le contrôle; cette dernière forme d'activité, que l'éducation contribue beaucoup à développer, est la plus importante; car elle agit à l'égard des autres, en réglant leurs rapports réciproques, à la façon d'un pouvoir pondérateur. — Le mal est bien facile à éviter; il est à craindre pourtant qu'il ne subsiste longtemps.

6. *De la structure comparée de l'écorce du cerveau*; par Bewan Lewis.

Ce travail ne peut se résumer, parce qu'il résume lui-même de la façon la plus succincte deux séries de recherches d'histologie cérébrale : la première série, faite par l'auteur en commun avec M. Henry Clarke, portait sur une assez grande partie de la zone corticale que Ferrier considère comme motrice ; la seconde est plus complète à cet égard que la première et comprend, en outre, des recherches sur les couches corticales de l'aire motrice chez le chat, et sur certaines régions cérébrales chez le mouton.

7. *Topographie cérébrale ;* **par Crochley Clapham.**

Pensant avec raison que la configuration interne du crâne est digne d'attention, l'auteur a imaginé un procédé de délinéation spécialement adopté à ce but, et il en donne la description, rendue facilement intelligible au moyen de figures schématiques. Tous les points nécessaires à cette délinéation peuvent être facilement déterminés sur le vivant, sauf un seul, qui est l'apophyse clinoïde postérieure. — Mais la partie la plus intéressante de ce mémoire peut se résumer ainsi : « Supposons le crâne traversé suivant son épaisseur par deux lignes, l'une parfaitement horizontale partant du pressoir d'Hérophile pour rejoindre en avant l'os frontal; l'autre, parfaitement verticale, partant en bas du bord antérieur du trou occipital : cette ligne verticale aboutira, en haut, à un point qui est, presque rigoureusement, le point culminant de la voûte du crâne. Le point d'intersection de la verticale avec l'horizontale détermine le volume relatif des parties antérieure et postérieure du cerveau : l'auteur l'appelle *ligne de l'intelligence.* — Si du bord antérieur du trou occipital, c'est-à-dire du pied de la verticale, on fait partir une ligne qui rejoint sur l'horizontale un point fixe, qui est l'apophyse clinoïde postérieure, cette ligne détermine avec l'horizontale un angle ouvert en avant, et d'autant plus ouvert que la verticale est située plus en arrière : or, chez certains idiots, cet angle atteint presque l'ouverture qu'il présente chez l'orang-outang, c'est-à-dire 139°. La moyenne a été pour 32 aliénés (hommes) de 129° et pour 12 femmes aliénées de 130°. L'angle n'a été mesuré qu'une fois chez un sujet sain; il était de 120°.

N° II (juillet).

8. *L'action réflexe comme cause de maladie et comme moyen de guérison;* par Lauder Brunton.

Après quelques considérations sur les actes réflexes en général, et en particulier sur certaines modifications réflexes de nutrition, indépendantes de toute action des vaisseaux, M. Lauder Brunton fait une énumération, accompagnée de commentaires ingénieux, des divers actes ou symptômes réflexes que l'on rencontre le plus habituellement en clinique. Il termine par l'étude de quelques actions réflexes curatives, en s'attachant spécialement aux effets des vésicatoires, des cataplasmes et des emplâtres.

9. *Tabes dorsalis ; durée considérable de la première période ; amaurose; douleurs fulgurantes; herpès récidivant ; pas d'ataxie, absence du réflexe du genou;* par Thomas Buzzard.

C'est l'observation, détaillée et accompagnée de réflexions, d'un cas de tabes dorsalis anomal à plusieurs égards. La maladie a débuté il y a quinze ans par des douleurs fulgurantes, qui, depuis, ont persisté, et se sont constamment accompagnées de poussées d'herpès; cet herpès, qui paraît si intimement lié aux douleurs, les ayant précédées de deux ans, on peut faire remonter le début de la maladie à dix-sept ans en arrière : les autres symptômes présents sont l'atrophie des nerfs optiques, l'absence du réflexe du genou, un affaiblissement musculaire (assez peu accusé), des pertes séminales nocturnes. Pour M. Buzzard, l'état du nerf optique et les douleurs fulgurantes ne laissent aucun doute sur l'existence d'une sclérose des cordons postérieurs ; et la lecture attentive des détails de l'observation conduit en effet à partager sa conviction : cela posé, le cas présente deux anomalies importantes, qui sont d'une part l'absence complète de toute incoordination motrice, de tout symptôme à proprement parler ataxique, et d'autre part la durée tout à fait inusitée de la première période; cette durée toutefois n'est pas sans exemple : Charcot et Bouchard en ont observé un cas (Voy. Société de biologie, 1866).

10. *Sur la symptomatologie des troubles cérébraux d'origine alcoolique*; par Robert Lawson.

L'auteur se propose de signaler quelques particularités propres à des formes plus ou moins connues d'affections cérébrales d'origine alcoolique. Voici les remarques les plus importantes : relativement à la manie alcoolique aiguë, il a constaté que les accès reparaissaient souvent six à huit fois dans un temps assez court, sans laisser après eux la moindre trace de démence ; il a pu s'assurer en outre, que, chez un nombre très considérable de ces malades, on trouvait des traces d'hérédité par voie directe ou collatérale. — En ce qui touche les formes de folie alcoolique qui s'accompagnent de lésions organiques, il signale une forme de manie chronique, omise par M. Magnan, dans sa classification, et caractérisée par des accès irréguliers d'excitation, que provoquent des idées de persécution ou des hallucinations sensorielles. Pour l'auteur, ces idées de persécution relèvent de l'anémie cérébrale. — Une autre

forme, qui à vrai dire n'est pas toujours imputable à l'alcoolisme, s'observe chez des sujets âgés, principalement chez des femmes, à l'époque de la ménopause : elle est remarquable par la perte absolue du souvenir des faits récents, sans autres symptômes de démence et sans agitation ; elle marche lentement et tend à se terminer par l'apoplexie, l'épilepsie ou l'hémiplégie. — Enfin, il est une autre forme dont le diagnostic différentiel avec la paralysie générale est souvent difficile, et qui du reste confine et aboutit même souvent à cette maladie : elle diffère du type paralytique ordinaire par la rareté des symptômes convulsifs, la nature des illusions et des hallucinations, ainsi que par la rapidité de la marche ; à l'autopsie, on peut trouver les méninges non adhérentes. — Ce mémoire est l'œuvre d'un observateur très attentif, mais on pourrait peut-être reprocher à l'auteur de voir un peu facilement des formes nouvelles dans des cas que l'on pourrait, sans trop d'effort, considérer comme de simples variétés ou déviations du type pathologique normal.

11. *Les troubles nerveux et réflexes du cœur* ; par J. Milner Fothergill.

C'est la leçon qui a terminé une série de conférences cliniques faites par l'auteur au *West London Hospital* sur les maladies du cœur : M. Fothergill y traite, avec son autorité habituelle, des trois formes les plus communes de troubles nerveux du cœur, c'est-à-dire, par ordre de gravité, des palpitations, des irrégularités et des intermittences.

12. *Effets de la réclusion* (seclusion) *sur le poids du corps* ; par Henry Clarke.

Les recherches de l'auteur, faites à la prison royale de Wakefield, ont pour but de déterminer l'influence qu'exercent sur le poids du corps les diverses punitions infligées aux prisonniers, notamment la cellule noire, la cellule demi-obscure, et les diverses formes d'isolement : dans presque tous les cas, surtout dans ceux où la peine était celle de la cellule obscure ou demi-obscure, il y a eu diminution de poids : la forme la plus simple d'isolement n'a donné ni augmentation ni diminution, ce qui tient probablement à ce que dans ce cas le régime alimentaire n'est pas changé. — Il est au contraire modifié dans les autres formes de punition, et M. H. Clarke nous en donne bien la composition exacte ; malheureusement, il a négligé de nous faire connaître le régime normal, enlevant ainsi

au lecteur la facilité de comparer, et au mémoire un peu de son intérêt.

N° III (octobre)

13. *De quelques enseignements de la neurotomie ;* par S. Weir Mitchell.

Travail très-intéressant, mais ayant trait à quelques complications ou conséquences de la neurotomie et rentrant par cela même dans le domaine de la pathologie chirurgicale bien plus que dans celui des *Annales médico-psychologiques*.

14. *Métalloscopie et métallothérapie;* par A. Hughes Bennett.

L'auteur estime que tous les résultats obtenus en métalloscopie et en métallothérapie sont dus non à l'application des métaux, ou à une vertu spéciale émanant d'eux, mais bien à des effets mentaux, et qu'ils ne renferment rien qu'on ne puisse expliquer par l'influence du moral sur le physique, ainsi que par « l'expectant attention » ; d'ailleurs, l'action des métaux n'a rien de certain ni de constant, et ils peuvent être remplacés par du bois ; enfin, la maladie même sur laquelle on opère, l'hystérie, comporte des causes d'erreur bien difficiles à éviter. — Ce travail a été publié en octobre 1878 ; il est permis de croire qu'à l'heure actuelle, l'auteur ne l'aurait pas écrit, car les expériences, instituées avec tant de rigueur scientifique par M. Charcot et ses élèves, sont aujourd'hui entrées définitivement dans la science et devenues classiques.

15. *Etude sur quatre cent quinze cas de tétanos ;* par David W. Yandell.

Les conclusions de ce travail sont formulées par l'auteur de la façon suivante :

I. Le tétanos traumatique est surtout fatal dans les dix premières années de la vie. — II. Il survient ordinairement de quatre à neuf jours après la lésion. — III. Le maximum de guérisons s'observe dans les cas où la maladie éclate après le neuvième jour. — IV. Quand le tétanos dure quatorze jours, la guérison est la règle et la mort l'exception : *ce résultat paraît indépendant du traitement.* — V. La forme puerpérale est la plus grave de toutes. — VI. Le chloroforme est, à l'heure actuelle, le remède qui a donné la plus forte proportion de guérisons. — VII. La véritable manière d'apprécier la valeur d'un agent thérapeutique dans le tétanos consiste à chercher :

1° si cet agent guérit les cas où la maladie a éclaté moins de neuf jours après la lésion ; 2° s'il échoue dans les cas dont la durée dépasse quatorze jours. — VIII. Aucun agent soumis à cette épreuve ne s'est jusqu'ici révélé comme un véritable remède du tétanos.

16. *Application des méthodes de congélation à l'examen microscopique du cerveau*; par Bevan Lewis.

L'auteur est convaincu que, dans certains cas, les méthodes de congélation sont préférables, au point de vue de l'examen des centres nerveux, aux procédés de durcissement généralement employés ; il a imaginé un instrument fort ingénieux, un microtome congélateur, dont on trouve dans son mémoire la description avec figures : il ne préconise pas d'ailleurs les procédés qu'il indique comme étant exclusivement utiles, mais bien comme étant d'une application plus heureuse dans certaines recherches. — D'autre part, la méthode de congélation n'exclut pas l'emploi ultérieur de la plupart des réactifs ordinaires de la technique microscopique.

17. *Le centre sympathique*; par W. Henry Kesteven.

Existe-t-il, dans la moelle allongée ou dans la moelle épinière, un centre d'où émane la force nerveuse vaso-motrice ou sympathique ? Beaucoup d'auteurs répondent affirmativement, et invoquent les résultats expérimentaux obtenus sur des animaux, résultats qui peuvent se résumer ainsi : constriction de tous les vaisseaux au-dessous d'un point faradisé, et dilatation des vaisseaux au-dessous du siége d'une section transversale ou d'une destruction quelconque de la moelle. M. Kesteven pense que l'étude des connexions tant centrales que périphériques, qui existent entre le système cérébro-spinal et le système sympathique, peut donner de ces faits une explication plus rationnelle. Il invoque la théorie du Dr Radcliffe, d'après laquelle la force nerveuse serait simplement l'électricité, l'état de repos des muscles et des nerfs un état de chargement comme celui de la bouteille de Leyde, et l'action une décharge. L'application de cette théorie aux faits de dilatation et de constriction déjà mentionnés, le conduit à formuler les deux conclusions suivantes : 1° on ne rencontre ni dans la moelle allongée, ni dans la moelle épinière, de centre vaso-moteur direct ; 2° on a toutes sortes de raisons de mettre en doute la prétendue

existence d'un centre spécialement destiné à régler la chaleur du corps.

Année 1879

Numéro IV (janvier).

18. *Recherches expérimentales sur l'attention;* par H. Obersteiner.

L'auteur entre tout d'abord dans quelques considérations tendant à prouver que, dans tout acte mental, que cet acte relève de la sensation, de la volition ou de l'intelligence, on peut constater l'existence d'un pouvoir d'inhibition, qui est essentiellement le même dans tous les cas, duquel dépend toute action mentale consécutive, et qui n'est autre chose que l'attention : le but des recherches actuelles est de déterminer les conditions capables d'influencer l'attention. Le temps nécessaire à la transmission par les nerfs périphériques et probablement aussi par les fibres nerveuses centrales étant sensiblement le même chez tous les sujets, les différences observées chez diverses personnes dans le temps nécessaire à un acte psychique donné, donneront la mesure de la vitesse de transmission dans le point où elle est variable, c'est-à-dire dans les cellules nerveuses. Tout retard ainsi observé dans l'acte psychique est en raison inverse de l'intensité de l'attention. L'instrument employé dans ces recherches a été imaginé par l'auteur lui-même et par Exner, il s'appelle le psychodomètre et enregistre des intervalles de 1 millième de seconde.

Le degré de l'attention, ainsi mesuré, est relativement considérable chez les sujets instruits; il diminue avec l'âge, et paraît un peu moindre chez les femmes, ce qui peut tenir à ce que l'homme est plus habitué à exercer cette fonction d'inhibition. Les influences étrangères les plus diverses (musique, céphalalgie, etc.), ralentissent la réaction. — Chez les aliénés, quand on a pu les soumettre à l'expérimentation, on a constaté un retard de la réaction, toujours marqué, mais d'autant plus accusé qu'il s'agissait d'une dégénérescence organique plus profonde du cerveau.

19. *De la douleur de tête dans ses rapports avec les maladies du cerveau;* par David Ferrier.

L'insensibilité absolue de la substance cérébrale à l'égard de la douleur est aujourd'hui hors de doute ; et cependant, certaines maladies du cerveau s'accompagnent de douleurs atroces s'écartant habituellement du type des différentes céphalalgies dues à d'autres causes, et présentant ce caractère spécial de corres-

pondre souvent d'une façon précise au siège de la lésion. La douleur, dans ces cas, est bien réellement intra-crânienne, et doit être rapportée soit à la dure-mère, soit à la pie-mère ; et la clinique démontre en effet que les maladies cérébrales à céphalalgie intense sont précisément celles qui s'accompagnent d'une augmentation excessive et brusque de la pression intracrânienne, ou d'une inflammation primitive ou secondaire de la dure-mère ou de la pie-mère. L'excès de pression se rencontre dans la pachyméningite interne ou l'hématôme de la dure-mère, l'hémorrhagie méningée, l'hypertrophie cérébrale aiguë, l'épanchement rapide intra-ventriculaire, les abcès du cerveau, etc. — La douleur sera surtout due à l'inflammation, dans la méningite (simple, tuberculeuse ou syphilitique), dans les affections syphilitiques corticales, et il faut remarquer que plus la lésion se rapproche des couches corticales, plus les indications de la douleur sont accusées.

Sans prétendre que la douleur indique toujours fidèlement le siège de la lésion, M. Ferrier a été frappé de la douleur provoquée par la percussion du crâne dans le point même ou d'autres symptômes l'avaient conduit à localiser la lésion, et il cite une douzaine de cas à l'appui de cette remarque ; il reconnaît que ces cas ne sont pas absolument démonstratifs, puisque dans aucun d'eux il n'y a eu d'autopsie ; mais il y a là un fait significatif, qui doit encourager à généraliser l'emploi de la percussion du crâne ; plus complètement étudié, ce mode de percussion conduira à poser plus sûrement, tout au moins à confirmer le diagnostic régional des lésions encéphaliques.

20. ***Un cas d'affection spéciale du langage avec réflexions;* par W. H. Broadbent.**

Il s'agit d'un malade jeune, instruit, intelligent, qui a eu la syphilis, a présenté des attaques de petit mal, et enfin, quinze jours avant son entrée, a été frappé d'hémiplégie droite, avec perte de la parole. Lors de son entrée, il est déjà mieux, et, dans la suite, il recouvre assez vite et assez bien la force et le mouvement; le retour de la parole est moins rapide et moins complet. Jusqu'ici rien que d'ordinaire : le côté le plus intéressant de l'observation est mis en lumière par une tentative que l'on fait pour faire lire le malade à haute voix : il remplace alors le texte du journal par des mots qui ne sont d'aucune langue, n'ont aucune signification, et, recueillis avec soin, ne présentent avec les mots imprimés d'autre analogie

que celle de la longueur : les assistants ne peuvent s'empêcher de rire et le malade se joint à eux. Il est à remarquer que l'intelligence est à peu près, sinon tout à fait, intacte; que le malade lit tous les jours son journal, et qu'il a maintes fois donné la preuve, soit en signalant des articles qui l'intéressaient, soit en retrouvant ceux qu'on lui indiquait, qu'il comprenait fort bien ce qu'il lisait. Au point de vue de l'écriture, il peut signer, mais il est incapable de répondre par écrit à une question ou d'écrire sous la dictée ; s'il copie une phrase, il écrit vite et bien les mots courts; mais il trace les mots longs lettre par lettre, en gros caractères, comme un écolier; il désigne tout haut chaque lettre qu'il écrit, mais ne la nomme jamais juste.

S'appuyant à la fois sur ses travaux antérieurs et sur les particularités de ce cas, M. Broadbent s'efforce, pour expliquer ces dernières, d'édifier ce qu'on pourrait appeler une théorie schématique du mécanisme du langage : cette théorie, impossible à suivre utilement sans avoir sous les yeux le schéma de l'auteur, repose sur l'existence d'un certain nombre de centres, les uns généralement admis, les autres à existence purement hypothétique et à localisation non encore soupçonnée, subordonnés les uns aux autres et reliés entre eux par des tractus de communication. Les troubles, si variés du langage, seraient dus à des modifications très variables elles-mêmes, on le conçoit, dans les connexions des différents centres qui président respectivement aux divers actes constitutifs du langage considéré comme fonction. Il y aurait injustice à se montrer trop rigoureux envers une théorie que son auteur lui-même ne présente que comme hypothétique et provisoire : l'hypothèse ne pourrait guère être plus ingénieuse; mais on la souhaiterait volontiers moins compliquée.

D[r] DE MUSGRAVE CLAY.

BIBLIOGRAPHIE

La paralysie progressive des aliénés; par le Dr Mendel, professeur agrégé à l'université de Berlin. Monographie de 350 pages. Berlin. Hirschwald, 1880.

L'auteur a divisé son intéressant ouvrage en neuf chapitres que nous allons passer sommairement en revue. — Le premier nous donne un excellent tableau de la paralysie typique, dans la marche de laquelle le Dr Mendel distingue quatre périodes: période prodromique et initiale, période mélancolique et hypochondriaque, période maniaque et enfin période de démence. Quant aux variétés qui s'éloignent plus ou moins de la forme type, nous avons: 1o la forme dépressive (la période maniaque fait défaut); 2° la forme agitée (la période mélancolique fait défaut); 3° la forme démente (démence paralytique primitive de Baillarger); 4o la forme circulaire avec rémissions et alternances des périodes mélancolique et maniaque ; 5o la forme galopante, et enfin 6° la forme ascendante dans laquelle la maladie commence à la moelle épinière, et gagne de là l'encéphale.

Le deuxième et le troisième chapitres traitent avec beaucoup de soin de l'anatomie pathologique et de la nature propre de la paralysie générale, et entrent dans des détails circonstanciés sur les diverses altérations subies par les éléments constitutifs de la substance nerveuse et de ses enveloppes. Le texte est illustré par de nombreuses planches coloriées fort bien faites et qui complètent les démonstrations de l'auteur. Nous ne pouvons le suivre ici dans tous les développements de cette étude d'anatomie, et nous nous bornerons à dire que, pour lui, la paralysie générale est une encéphalite corticale diffuse et interstitielle dont l'évolution finale est l'atrophie cérébrale. L'altération commence par une émigration des corpuscules incolores du sang accompagnée d'une prolifération des éléments du tissu conjonctif interstitiel. La compression des capillaires et des petites artérioles par les masses qui se forment dans l'adventitia des vaisseaux, met dès lors obstacle à la nutrition

régulière des éléments nerveux, en produit la dégénérescence et conduit à l'atrophie, Le Dr Mendel ne pense pas que les différentes variétés de la paralysie générale correspondent à des modes différents du processus pathologique qui, pour lui, est un dans son essence. Il est probable qu'elles dépendent simplement de différences dans l'étendue et l'intensité de l'altération.

Le quatrième chapitre traite de la symptomatologie spéciale, et passe en revue toutes les anomalies physiques et psychiques qu'on observe dans la paralysie générale : troubles des fonctions sensorielles internes (hallucinations et illusions), des sentiments et des conceptions, délires des actes, troubles de la parole et de l'écriture, puis, dans l'ordre purement somatique, troubles dans les organes des sens, anomalies de la sensibilité, de la motilité (attaques apoplecti — et épileptiformes), troubles d'innervation vaso-motrice et trophique, troubles dans les sécrétions, état du pouls, de la température, composition de l'urine, etc. Tous ces divers sujets sont exposés avec beaucoup de détails dans ce chapitre qui forme à lui seul plus du tiers de l'ouvrage, et que dans un cas donné, le médecin praticien consultera toujours avec fruit, certain d'y trouver une explication claire et bien raisonnée de tel ou tel symptôme observé chez son malade. Les troubles de la parole écrite ou articulée sont étudiés avec un soin tout particulier, et les premiers sont illustrés de nombreux spécimens d'écriture de paralytiques sous diverses formes.

Le cinquième chapitre traite de l'étiologie ; prédisposition générale ; prédisposition individuelle (hérédité). Causes occasionnelles : physiques, morales, mixtes.

Le sixième est consacré au mode d'invasion de la maladie, à sa marche en général, rémissions, maladies physiques intercurrentes, etc., à sa durée, à son issue. Le Dr Mendel admet la possibilité de la guérison, tout en pensant que si l'on soumettait à une critique rigoureuse les cas qui en ont été donnés comme exemples, beaucoup devraient être rejetés comme non suffisamment prouvés. La forme qui paraîtrait offrir le plus de chances de guérison est la forme agitée. Malheureusement la thérapeutique est bien impuissante et l'auteur, après avoir dans le dernier chapitre passé en revue tous les médicaments et toutes les méthodes de traitement qui ont été conseillées, arrive à la conclusion que dans la paralysie générale nous ne connaissons pas de remède propre à remplir l'*indicatio morbi*. On sera donc réduit à remédier aux causes lorsqu'elles sont connues, et au traitement

symptomatique. Le Dr Mendel loue particulièrement ici le chloral dans les formes agitées et l'isolement ; les moyens de contrainte immédiate sont absolument inutiles et superflus; l'isolement simple avec emploi simultané de chloral ou de hyoscyamine lui a toujours suffi pour calmer les malades les plus agités.

L'ouvrage se termine par une série d'observations de cas types des diverses formes de la paralysie, et par des tableaux statistiques de sa fréquence, etc., dans les asiles publics et privés de la Prusse pendant les années 1877-78.

En résumé, nous avons lu avec un vrai plaisir la monographie si complète du Dr Mendel ; elle est non seulement riche en observations et appréciations personnelles, mais résume avec de nombreuses indications bibliographiques tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur cette maladie si mystérieuse encore à certains égards. L'exposition est claire et méthodique, le style concis et coulant, et ce sont là des qualités qu'on ne rencontre pas si fréquemment chez les savants allemands ; elles n'ajoutent sans doute rien à la valeur d'un ouvrage au fond, mais elles en facilitent si singulièrement la lecture qu'elles sont toujours les bienvenues, et à ce titre aussi nous souhaitons le meilleur succès à la monographie du Dr Mendel.

Dr Chatelain.

Des insuccès dans le traitement de l'épilepsie; par M. le Dr Aloyse Adam, interne à l'asile de Fains. Thèse de Nancy, 1881.

« Des insuccès dans le traitement de l'épilepsie chez les aliénés», tel est le titre d'une thèse que vient de soutenir, devant la Faculté de médecine de Nancy, un ancien interne de l'asile de Paris, M. Aloyse Adam.

L'auteur n'a pas eu la prétention de faire un historique complet de la thérapeutique de l'épilepsie ; un volume n'y eût pas suffi. Il s'est borné à faire, sous la direction de ses chefs de service, quelques recherches comparatives sur les médications réputées les plus efficaces. Le bromure de potassium, le sulfate d'atropine, le valérianate de zinc, l'oxyde de zinc, le valérianate d'ammoniaque Pierlot, le sulfate de cuivre, et enfin le curare ont été administrés pendant un temps assez long, à différentes séries d'épileptiques pris dans les services de Fains et de Maréville.

Les résultats ont été à peu près nuls. Mais l'auteur fait remarquer avec raison que cet insuccès ne doit pas être unique-

ment attribué à l'impuissance de la thérapeutique ; il croit devoir faire une large part aux conditions particulières dans lesquelles il a expérimenté. En effet, les épileptiques placés dans les asiles d'aliénés sont en général dans de mauvaises conditions au point de vue de la curabilité. Ce sont des malades dont l'épilepsie est le plus souvent d'ancienne date, et qui n'ont été séquestrés qu'à la suite de complications graves.

J'ajouterai que, lorsqu'on veut expérimenter un traitement quelconque chez les épileptiques, il faut se défier de la méthode numérique, qui, là plus que partout ailleurs, ne saurait donner que des résultats trompeurs. Il y a épilepsie et épilepsie, et il ne suffit pas qu'un individu ait des convulsions épileptiques pour qu'on le range parmi les épileptiques. Aussi faudrait-il commencer par établir des catégories bien distinctes et n'expérimenter que dans des conditions bien déterminées.

Je sais combien il est difficile d'obtenir ce résultat, et si je fais cette remarque, ce n'est nullement pour adresser un reproche à M. Adam. Je trouve au contraire à louer dans sa thèse un réel talent d'observation, une connaissance approfondie du sujet, et, ce qui n'est pas à dédaigner, un effort personnel. Ce travail est d'un bon augure pour l'avenir, si, comme je le pense, notre jeune confrère a l'intention de rester dans l'administration des asiles d'aliénés.

D. J. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Gli instituti e le scuole dei sordomutiti in Italia (Les établissements et les écoles de sourds-muets en Italie); par M. le Dr Raseri. Rome, 1880 ; br. grand in-8°.

— De la kénophobie ou peur des espaces (agoraphobie des Allemands); par M. le Dr E. Gélineau. Paris, 1880 ; br. in-8° ; chez Doin, éditeur; prix 2 fr.

— Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire; par M. le Dr Legrand du Saulle. Paris, 1881 ; vol. in-8° ; chez Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, prix 8 fr.

—Traité pratique des maladies du système nerveux ; par M. le Dr Grasset, 2e édition. Paris, 1881 ; 1 fort vol. in-8° avec 35 figures dans le texte et 10 planches; chez Delahaye et Lecrosnier, éditeurs; prix 25 fr.

— La fisiologia del sistema nervoso nelle sue relazione coi fatti psichici (La physiologie du système nerveux dans ses rapports avec les faits psychiques); par M. le Dr Mario Panizza; Rome, 1881 ; vol. in-8°.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 28 MARS 1881

Présidence de M. Baillarger.

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du président, 8, rue de l'Université.

M. Billod fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Dumesnil.

Il déclare qu'après examen, il a trouvé les comptes exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

M. le président donne la parole à M. Mitivié pour la lecture de son rapport annuel.

Messieurs,

En vous faisant l'exposé annuel de la situation de notre association, mon premier devoir est de vous faire connaître les pertes malheureusement trop nombreuses que nous avons faites.

Depuis notre dernière réunion, nous avons eu successivement à déplorer la mort de : MM. Danis (François-Edouard), décédé à l'âge de 65 ans, après 29 années consacrées aux aliénés de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle.)

Lhomme, directeur médecin de l'asile de Bourges, sous l'habile administration duquel cet asile fut transformé et en partie réédifié, enlevé aux études qui lui étaient chères, à l'âge de 66 ans.

Laprée, médecin adjoint de l'asile Sainte-Gemmes, prématurément enlevé à l'âge de 34 ans, avant d'avoir pu fournir la carrière que permettait d'en attendre son dévouement aux

aliénés. L'an passé, à pareille époque, il faisait son entrée parmi nous comme sociétaire.

Pouzin, ancien directeur d'une maison de santé, membre de la Société médico-psychologique, chevalier de la Légion d'honneur.

Et enfin, Pierre-Henry Arnozan, décédé le 2 février 1884, entré au service des aliénés en 1844 et successivement attaché aux asiles de Bordeaux, de la Mayenne, de Breuty, de Châlons et en dernier lieu de Lafont, près la Rochelle; tous établissements où 37 années de service ont laissé les traces profondes d'une administration aussi zélée qu'intelligente.

Par leurs travaux, l'élévation de leur caractère, leur dévouement à la cause des aliénés, ces regrettés confrères honoraient la famille aliéniste; je suis sûr d'être l'interprète de vos sentiments en leur adressant un dernier adieu.

A ces pertes, Messieurs, nous ajouterons la retraite volontaire du Dr Lacour qui a envoyé sa démission de membre fondateur.

Notre association se trouverait ainsi réduite à 114 membres, mais son but est si bien compris, sa raison d'être si évidente et le bien qu'elle fait si patent qu'à peine des vides se font-ils qu'ils sont aussitôt comblés par de nouvelles adhésions. Nous sommes heureux d'avoir à vous signaler celles du Dr Pons, médecin de l'asile de Bailleul (Nord), et du professeur Ball, comme membres fondateurs; celles de MM. Doursoud, à l'asile de Quimper, Dubuisson, asile de la Roche-Gandon, Adam, asile d'Armentières, Raynaud, à l'asile de Bailleul et Garnier à l'asile de Dôle, comme membres sociétaires.

Ces nouvelles recrues portent l'effectif de la Société à 121 membres qui, par suite du changement de trois anciens sociétaires devenus fondateurs, et d'un fondateur devenu sociétaire se décomposent ainsi :

Fondateurs	59
Sociétaires	59
Membres honoraires	3
Total	121

Nous n'en resterons pas là. Des nominations nouvelles dans le service des aliénés et quelques retardataires nous permettent d'espérer encore une quinzaine de membres qui tiendront à honneur de figurer sur nos listes.

En 1880, les recettes ont atteint la somme de 9,543 fr. 19 c. ainsi répartie :

Cotisations.	3.360 »
Subventions individuelles	1.500 »
Allocation départementale.	1.000 »
Souscriptions d'asiles.	1.200 »
Intérêts de capitaux.	2.483 19
	9.543 19

Le ministère de l'intérieur et l'administration départementale de la Seine nous continuent leurs secours, nous les en remercions. Malheureusement, cet exemple n'est pas encore suivi par tous les autres départements, aussi n'avons-nous pas de nouvelles souscriptions d'asiles à vous mentionner; nous ne saurions trop recommander cette propagande au zèle de nos associés de province.

Les 14 établissements souscripteurs sont :

Les asiles de Dôle.	100 fr.
Montdevergues.	100
Aix	50
Quatre-Mares.	100
Saint-Yon	100
La Roche-Gandon.	100
Saint-Dizier.	50
Auxerre	100
Saint-Lizier.	50
Prémontré.	100
Armentières	100
Pau	100
Toulouse.	100
Cadillac	50
Total.	1.200 fr.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS d'asiles, allocations ministérielles, et départementales.	DONS Plus-value et remboursement de valeurs	INTÉRÊTS ET RACHATS de cotisations.	TOTAUX.
	fr.	fr.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	5.800		»	58 40	5.858 40
1867	3.630	100	1.375	243 55	5 348 55
1868	3.5[illegible]0	875	»	377 30	4.842 3[illegible]
1869	3.600	650	»	530 15	4.780 15
1870	3.664	725	»	638 65	5.027 65
1871	3.405	650	»	723 60	4.778 60
1872	3.370	1.200	»	784 75	5.354 75
1873	3 380	2.150	»	1.001 45	6 531 45
1874	3.335	2.250	1.404.75	1.486 »	8 475 75
1875	3.260	2.450	»	1.772 »	7 482 »
1876	3.390	3.450	»	1.835 50	8.675 50
1877	3.380	3 450	100	1.983 75	8.913 75
1878	3.645	3.650	100	2.155 60	9.550 60
1879	*3.460	3.700	»	2.378 40	9.538 40
1880	*3.369	3.700	»	2.483 19	9.543 19
Total. .	54.269	29.000	2.979.75	18.452.29	104.701 04

* Y compris les restes à recouvrer.

Les dépenses et achats de valeurs effectués pendant l'année 1880 se montent au chiffre de 10.758 fr. 35 c., ainsi décomposé :

Secours à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés, ne faisant pas partie de l'association. . . .	1.000 fr.	»
Secours à la veuve d'un ancien interne d'asile.	200	»
Secours à un ancien interne de Charenton.	300	»
Secours à 6 veuves de médecins d'asile membres de l'association.	3.650	»
Secours à un ancien médecin d'asile membre sociétaire.	600	»
Frais d'administration.	34	90
Achat de 2 titres de rente 3 p. 100 représentant 175 fr. de rente.	4.973	45
Total. . . .	10.758 fr.	35

Ce nouveau placement de fonds porte le capital, calculé au prix d'achat, au chiffre de 56.469 fr. 50 c., qui au taux actuel représentent environ 67.000 francs.

Cet avoir comprend :

1.580 fr. de rente 5. p. 100.	31.396 65 fr.
410 fr. de rente 3 p. 100.	10.288 40
43 obligations du Midi.	13.465 80
4 obligations de Lyon.	1.318 65
Total. . . .	56 469 50 fr.

Malgré cette réserve, vous avez répondu jusqu'à ce jour à toutes les demandes qui ont été adressées à la Société, les secours ont suivi une marche progressive qui nous a permis cette année de distribuer 5.750 fr., de donner aux secours accordés un chiffre plus respectable, puisque deux d'entre eux atteignent le chiffre de 1.000 fr., et enfin depuis la fondation de l'association, il a été distribué la sommetota le de 46.300 francs.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS d'administration	TOTAUX.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	650 »	146 0	796 50
1867	1.550 »	64 40	1.614 45
1868	1.950 »	144 40	2.094 40
1869	1.500 »	51 70	1.551 70
1870	1.300 »	51 10	1.351 10
1871	1 800 »	66 60	1.866 60
1872	2.200 »	78 65	2.278 65
1873	3.200 »	147 30	3.347 30
1874	3.250 »	74 65	3.324 65
1875	3.800 »	51 90	3.851 90
1876	4.700 »	63 55	4.763.55
1877	5.150 »	56 35	5.206 35
1878	4.650 »	66 20	4 716 20
1879	4 900 »	45 25	4 945.25
1880	5 700 »	34 90	5.734 90
Total....	46.300 »	1.143 50	47.443.50

Tel est, Messieurs, le résultat d'une idée féconde, développée par l'association vivifiée elle-même par un souffle de charité.

Nos ressources budgétaires sont faciles à prévoir; elles peuvent s'évaluer pour l'année courante à la somme de 9.700 f. savoir :

Cotisations	3.500 fr.
Souscriptions d'asiles.	1.200
Allocation ministérielle	1.500
Subvention départementale.	1.000
Intérêts et capitaux	2.500
Total.	9.700 fr.

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts, nous pouvons distribuer en secours, 6.467 francs.

Le conseil a alloué sur l'exercice 1884 pour le premier semestre les secours suivants :

A 3 veuves et à 1 fille de membres fondateurs ou sociétaires	1.900 fr.
A un ancien médecin d'asile membre sociétaire.	300
Total.	2.200 fr.

Ces secours distribués laissent disponible la somme de 4.267 fr. sur laquelle le conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

1° La continuation du secours de 600 fr. que vous accordez depuis la fondation de la Société à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés, ne faisant pas partie de l'association.

2° La faculté d'augmenter de 400 fr. ce secours si, pendant l'année, le conseil le jugeait urgent.

3° Un secours de 300 fr. à un ancien interne de Charenton.

4° Un secours de 500 fr. aux veuves de deux anciens internes d'asile.

5° Un secours de 500 fr. mis à la disposition du conseil pour la veuve d'un ancien directeur d'asile et qui sera envoyé dès que la demande toute récente sera instruite.

Ces différentes sommes versées laisseraient un solde de 1.967 disponible pour pourvoir aux nécessités du 2e semestre de 1884 et aux besoins qui pourraient surgir.

Ces différentes propositions sont votées à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. Par application de l'article 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement d'une partie du conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont :

MM. Falret, Blanche, Legrand du Saulle, Dumesnil, Labitte, qui sont tous réélus à l'unanimité.

La séance est levée à 4 heures.

D[r] MITIVIÉ.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

M. le Dr Billod, directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, a été nommé membre correspondant de l'Académie de médecine, dans la séance du 8 février 1881.

NÉCROLOGIE

Le docteur Giraud. — On lit dans le *Journal de la Meurthe et des Vosges* du 12 mars 1881 :

Hier ont eu lieu, à Maréville, les obsèques du regretté docteur Giraud, directeur de l'asile.

Le deuil était conduit par M. Giraud, son fils, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, et par M. Oberlin.

Une affluence considérable de personnes de Nancy avaient tenu à rendre hommage à la mémoire du regretté défunt. M. le préfet, MM. les conseillers de préfecture, assistaient aux obsèques. Autour du cercueil, escorté d'un piquet d'infanterie, marchaient M. Baile, au nom de l'administration; M. le comte Drouot, président du conseil de surveillance de Maréville; MM. les docteurs Tourdes et Demange, au nom de la Faculté et de la Société de médecine. Derrière eux suivaient un grand nombre d'amis, de fonctionnaires, de médecins, de religieuses, tout le personnel de Maréville. Un certain nombre de pensionnaires, espacés sur la voie principale qui mène à la chapelle, formaient une haie respectueuse sur le passage du cercueil.

Après la grand'messe, le corps a été porté au cimetière, où s'élève déjà le monument de son prédécesseur, M. Renaudin.

M. le préfet n'a prononcé aucune allocution.

Sur la tombe, des allocutions ont été prononcées par M. le comte Drouot, au nom du conseil de surveillance dont il est président, et par M. le Dr Demange, au nom de la société de médecine de Nancy.

Enfin, M. le professeur Tourdes a rendu hommage aux qualités éminentes de l'administrateur et de l'homme de bien dans quelques paroles d'adieu, qui ont eu un écho sympathique dans le cœur de tous les assistants.

« Messieurs,

» Aux témoignages qui viennent d'honorer la mémoire de notre regretté confrère, j'ajouterai quelques paroles d'affection et d'estime, dernière expression des sentiments que chacun de nous éprouve, au moment de l'éternelle séparation.

» Je n'ai pas à retracer cette longue et utile carrière si honorablement parcourue, où les talents de l'administrateur ont été au niveau des mérites du médecin. Aux malheureux atteints par la plus douloureuse des infortunes, Giraud a prodigué son dévouement et ses soins ; comme médecin, il avait appris à les connaître, à utiliser pour eux toutes les ressources de l'art;

cette étude prolongée, cette idée constante de soulager et d'être utile, ont développé chez lui les hautes qualités de l'intelligence et du cœur qui lui ont valu l'estime de tous.

» Préparé à sa mission par une longue pratique médicale, l'administrateur connaissait à fond les besoins et le caractère de ceux dont la vie matérielle et morale était confiée à sa direction. Il savait, par des soins incessants, répondre à toutes les nécessités d'un service exceptionnel et compliqué, et assurer à ces malades qui ne peuvent rien par eux-mêmes les secours spéciaux qu'exige leur état.

» Maréville a été comme le résumé et le but de cette utile carrière, l'application heureuse de tant de qualités réunies, mérite sérieux, qualités aimables, qui lui gagnaient la confiance et l'affection de tous ceux qui avaient des rapports avec lui. Par l'administration de M. le docteur Giraud, cet établissement, qui devait déjà tant à son prédécesseur si dévoué, M. Renaudin, a pris un développement nouveau et a acquis une importance de premier ordre; sa population le met en tête des asiles de ce genre.

» Nous avons sous les yeux la preuve de ce développement matériel: ces vastes constructions, ce territoire de l'asile, agrandi, développé par le travail, où s'écoule, au milieu de soins incessants, la vie de ceux que l'art n'a pu guérir. Ce travail si bien approprié, si habilement dirigé par notre collègue, rendait une partie de sa valeur morale à ces existences avant lui inutiles, régénérées et fortifiées par la vie des champs; il servait encore à augmenter le bien-être matériel des malades.

» M. Giraud, il y a peu de mois encore, résumait dans un intéressant mémoire les résultats de sa carrière administrative, et nous montrait tous les progrès, disons-le, tout le bien accompli par cet homme utile et dévoué; ce travail était le complément des notices dans lesquelles il résumait chaque année les améliorations introduites à Maréville.

» Pourquoi ne rapellerais-je pas que son zèle pour la science ne s'est jamais démenti? La Faculté de médecine, dont il a en toute circonstance favorisé l'enseignement, lui rend ici ce témoignage que je lui adresse en même temps que celui de notre affection et de notre haute estime.

» M.Giraud est un de ces hommes à qui la Providence a donné le temps d'accomplir toute son œuvre; il laisse à son fils, qui marche sur ses traces, le noble héritage de tant de services rendus. Rien n'a manqué à cette belle carrière, ni le dévouement, ni le travail, ni le succès de l'œuvre; aux qualités du cœur s'ajoutait le sentiment religieux qui élève et soutient pendant la vie et qui console à la dernière heure. »

COMMISSION DE RÉFORME DU SERVICE DES ALIÉNÉS.

Cette commission dont nous avons indiqué la composition dans notre dernier numéro, s'est réunie le mercredi 6 avril, sous la présidence de M. Constans, ministre de l'intérieur. M Constans a rappelé les nombreuses raisons qui avaient motivé la nomination d'une commission et les points principaux qui devaient

plus spécialement attirer son attention : état des bâtiments ; encombrement des asiles ; situation du personnel et en particulier du personnel inférieur ; aliénés criminels ; recrutement du personnel médical, etc.

M. Camescasse, directeur général de l'administration départementale et communale, a développé ensuite les raisons qui nécessitaient la division de la commission en deux sous-commissions. La première devra s'occuper plus spécialement de la législation (examen de la loi de 1838, application de cette loi, réformes, etc.) ; elle devra voir s'il convient de laisser aux conseils généraux la libre administration des asiles, comme cela existe actuellement ; examiner si les asiles privés présentent toutes les garanties que l'on doit exiger pour prévenir les abus ; étudier les régimes des aliénés dits criminels, et dans le même ordre d'idées, rechercher ce qu'il y aurait à faire à l'égard des alcooliques et des épileptiques ; enfin, et c'est là une des questions les plus importantes, elle devra étudier la protection des biens des aliénés.

La seconde sous-commission s'occupera de l'administration des asiles ; de l'état des bâtiments ; de l'état du personnel médical et de celui des infirmiers et infirmières ; du meilleur mode de recrutement des médecins ; elle devra étudier les différents modes de traitement employés soit en France, soit à l'étranger : signaler les améliorations à apporter dans les asiles ; enfin voir s'il ne serait pas préférable d'établir pour les aliénés un patronage analogue à celui qui existe pour les détenus, etc.

(*Le Progrès médical*, n° du 9 avril).

La première sous-commission, celle chargée de la revision de la loi de 1838, comprend :

M. Martin-Feuillée, sous-secrétaire d'Etat de la justice, président ; MM. Bertaud et Dauphin, procureurs généraux près les Cours de cassation et d'appel de Paris ; MM. Marmottan, Drumel, Noirot, Camille Sée et Waldeck-Rousseau, députés ; Camescasse, directeur au ministère de l'intérieur ; Tanon, directeur des affaires criminelles ; Chauffour et Berger, conseillers d'Etat ; Barbier, conseiller à la cour de cassation ; Allou, ancien bâtonnier ; Accarias, professeur à la Faculé de droit ; les Drs Lasègue, Lunier, Foville et Motet ; M. Payelle, secrétaire.

La seconde sous-commission, chargée du régime des aliénés, comprend :

M. Fallières, sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, président ; MM. Herold et Andrieux, préfets de la Seine et de police ; les Drs Camparan et Roussel, sénateurs ; MM. Dubost et Maze, députés ; les Drs Baillarger, Ball, Brouardel, Foville et Lunier ; MM. Bourneville, Loiseau et Thulié, conseillers municipaux de Paris ; MM. Vergniaud et Cambon, secrétaires généraux des préfectures de la Seine et de police, MM. Dédebat et Pilon, secrétaires.

(*Le Temps* n° du 8 avril.)

JURISPRUDENCE. — ARRÊTS DU CONSEIL D'ÉTAT

***Pensions civiles sur fonds départementaux. — Médecin-directeur d'un asile d'aliénés.* — (2 juillet 1880.)**

Les directeurs d'asiles publics d'aliénés sont dans une si-

tuation d'une nature toute spéciale, ils relèvent quant à leur nomination, de l'autorité centrale, et ils peuvent être déplacés de leur résidence par les nécessités du service; nous avons rapporté, dans la livraison de la *Revue* du mois de juin dernier, un arrêt du conseil d'Etat, décidant que le conseil général n'avait même pas le droit de fixer les conditions du concours pour les employés des asiles d'aliénés. D'un autre côté, ils sont payés sur les fonds des asiles et ils ne peuvent obtenir de pensions de retraite que sur les caisses de retraite des employés de préfecture auxquels ils ont été adjoints. Si on exigeait pour un fonctionnaire de cette nature, qu'il remplît dans un département les conditions de résidence, exigées des employés à poste fixe, tels que les emplyoés de bureau de préfecture, on arriverait en réalité à leur dénier le droit à la pension de retraite.

Les règlements des caisses départementales de retraite se sont préoccupés de cette situation, et on trouve dans le règlement de la caisse de retraite de l'Orne, du 1er février 1862, une disposition spéciale qui a été reproduite dans la plupart des règlements de cette nature. L'article 5 de ce règlement exige, pour le droit à pension, trente ans de services, dont douze au moins dans le département, à la condition, dans ce cas, de verser les retenues afférentes aux années de services passées en dehors du département; l'article 9 réduit les conditions de résidence de douze à dix ans, pour les veuves des employés décédés subitement à leur poste. Enfin, l'article 13 porte que « en cas de changement de résidence du directeur ou des médecins de l'asile des aliénés, le montant des retenues opérées sur leur traitement au profit de la caisse des retraites sera versé à la caisse des retraites du département où ils seront appelés. »

Le sieur Védie a été successivement attaché comme médecin à divers asiles d'aliénés, il n'a résidé dans le département de l'Orne que pendant quatre ans. Avait-il le droit à la pension dans l'Orne? Le conseil d'Etat a décidé la question affirmativement par la décision suivante :

Le conseil d'Etat, etc.

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présentés pour le département de l'Orne..., tendant à ce qu'il plaise au conseil annuler un décret en date du 4 septembre 1878, qui a accordé une pension de 1,063 fr. sur les fonds de la caisse départementale des retraites de l'Orne, à la dame veuve Védie dont le mari est décédé dans l'exercice de ses fontions de directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Alençon...;

Vu le décret du 1er février 1862, portant règlement de la caisse des retraites instituées en faveur des employés de la préfecture, du directeur, du médecin de l'asile public d'aliénés et d'autres employés du département de l'Orne...;

Considérant que l'art. 9, § 3, du règlement de la caisse départementale des retraites de l'Orne reconnaît un droit à obtenir pension aux veuves et orphelins des employés décédés subitement à leur poste ou à la suite d'une maladie survenue dans l'exercice de leurs fonctions, après dix ans de services;

Considérant que si le sieur Védie, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Alençon, ne comptait pas dix ans de services rendus dans le département de l'Orne à l'époque où il est décédé à la suite d'une maladie survenue dans l'exercice de ses fonctions, il résulte de l'article 13 dudit règlement que le département était en droit d'exiger le versement à la caisse des retraites du montant des retenues afférentes à ses années de services rendus dans d'autres départements et que ce transfert de retenues autorisait le sieur Védie à se prévaloir desdits services et à les ajouter à ceux qu'il a rendus dans l'Orne, pour établir ses droits à une pension sur la caisse des retraites dudit département;

Considérant que le sieur Védie, qui comptait au moment de sa mort plus de vingt-quatre ans de services, s'est conformé aux prescriptions dudit article 13 et que sa veuve se déclare prête à verser à la caisse des retraites le montant des retenues arriérées dont le sieur Védie était débiteur à son décès; que dans ces circonstances, le département de l'Orne n'est pas fondé à demander l'annulation du décret qui a accordé à la dame veuve Védie une pension à la charge de la caisse départementale des retraites de l'Orne;

Décrète :

La requête du département de l'Orne est rejetée.

Toute la question portait sur l'interprétation de l'article 13 du règlement de la caisse des retraites. Suivant le département, cet article avait simplement pour but de dispenser le médecin de l'asile d'aliénés de rapporter les retenues déjà versées dans d'autres départements, et qui devaient être reversées par les caisses de ces départements. Le conseil d'Etat a pensé que l'article avait un sens plus large : il crée une fiction, et fait en quelque sorte voyager le droit à pension avec les retenues. Le département de l'Orne est en possession de toutes les retenues versées par le sieur Védie. Il doit payer la pension. S'il en était autrement, pour quel motif priverait-on la caisse de retraites de Loir-et-Cher par exemple, des retenues qu'elle avait touchées du sieur Védie et qu'elle a versées dans la caisse des retraites de l'Orne lorsque le sieur Védie a été appelé dans ce département? Le ministre de l'intérieur faisait d'ailleurs connaître que presque tous les départements ayant des règlements semblables, les avaient interprétés dans le sens le plus large.

La question a un réel intérêt pour les fonctionnaires des asiles d'aliénés, qui sont exposés à être souvent déplacés et qui perdraient leur droit à pension en changeant de département, si on admettait la thèse juridique soutenue par le département de l'Orne. Mais, depuis la loi du 10 août 1871, les garanties que ces fonctionnaires trouvaient dans les règlements des caisses départementales et que le conseil d'Etat a définitivement consacrées, se trouvent malheureusement diminuées, l'article 46 de la loi donnant au conseil général le droit de statuer définitivement sur l'organisation des caisses de retraites des agents salariés sur les fonds départementaux et, par

conséquent, de modifier les dispositions qui assuraient aux directeurs et aux médecins le bénéfice de leurs services dans les autres départements. Il serait donc à désirer qu'une nouvelle loi vînt concilier les intérêts de ces fonctionnaires et ceux des départements, soit en constituant une caisse de retraites spéciale pour tous les directeurs et médecins des asiles publics d'aliénés, soit en les adjoignant à la caisse générale des pensions civiles.

O. LE VAVASSEUR DE PRÉCOURT,
Maître des requêtes au Conseil d'Etat.

(*Revue d'administration,* publiée par le Ministre de l'Intérieur.—Avril 1880).

FAITS DIVERS

— On lit dans l'*Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 37e vol., 6e livraison, Berlin 1880, à la page 755, le fait-divers suivant :

« *Séjour prolongé dans un asile.* Hier, 26 janvier, est mort,
» âgé de 103 ans (!) dans la maison de santé de Charenton, l'a-
» liéné connu sous le nom d'*homme de verre* qui s'imaginait
» que son corps était de verre. Il était à Charenton depuis 1797,
» et, pendant ces 83 années on ne l'a entendu parler qu'une seule
» fois : c'était pour demander du tabac. »

Je regrette que l'auteur, si bien renseigné, n'ait pas en même temps donné le nom du malade : c'eût été un comble.

Jusqu'à présent, c'est d'Amérique que nous venaient les *canards* les mieux conditionnés. En voilà un que je signale à mes confrères comme représentant l'idéal du genre.

J. CHRISTIAN.

ERRATA. — Plusieurs erreurs se sont glissées dans la liste des associés étrangers de la Société médico-psychologique. Nous nous empressons de rectifier celles qui nous ont été signalées.

MM. Girolami, Berti et Palmerini sont morts.

M. Tonino est à Recanati.

M. Morselli a été nommé médecin en chef de l'asile de Turin et professeur de psychiatrie à l'Université royale.

M. Tamburini est nommé médecin en chef de l'asile de Reggio-Emilia.

M. Giacchi est à Raconiggi (Piémont).

M. Cardona est à Rome.

Nous serons fort obligés à nos associés étrangers de nous faire connaître les changements qu'il y aurait lieu de faire à la liste publiée dans le no de janvier 1881, des *Annales médico-psychologiques*.

Le secrétaire général,
A. MOTET,
151, rue de Charonne.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE V[e] VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

III. Établissements d'aliénés.

IV. Médecine légale.

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1880).

Analyse par M. Régis.

JOURNAUX ANGLAIS (1878).

Analyse par MM. les Drs Dumesnil, Pons et de Musgrave Clay.

JOURNAUX AMÉRICAINS (1877).

Anal. par M. le Dr Ach. Foville.

JOURNAUX ALLEMANDS (1879).

Anal. par M. le Dr Hildenbrand.

III. Bibliographie.

IV. Variétés.

Paris. — Imp. de L'ÉTOILE. — Boudet, directeur, rue Cassette 1.